



Lille 2009

2^{es} Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle

aihus

Association Inter Hospitalo
Universitaire de Sexologie

Le couple et sa sexualité : prise en charge



SFSC
Société Française de
Sexologie Clinique

Sous la présidence de
Francis Collier

Présidents d'honneur
Pierre Costa et Marc Ganem

Présidente du comité scientifique
Mireille Bonierbale

www.assises-sexologie.com

du 26 au 29 mars 2009 au Grand Palais

Résumés • Liste des participants • Liste des exposants

TROUBLES DE L'ÉRECTION



* À la date du 1^{er} mars 2009

DENOMINATION : LEVITRA® 5 mg, 10 mg, 20 mg, comprimé pelliculé. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :** 5 mg, 10 mg, 20 mg de vardenafil (sous forme de chlorhydrate trihydraté). **Excipients :** crospovidone, stéarate de magnésium, cellulose microcristalline, silice colloïdale anhydre, macrogol 400, hypromellose, dioxyde de titane (E171), oxyde de fer jaune (E172), oxyde de fer rouge (E172). **INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES :** Traitement de la dysfonction érectile chez l'homme adulte. La dysfonction érectile correspond à l'incapacité d'obtenir ou de maintenir une érection du pénis suffisante pour une activité sexuelle satisfaisante. Une stimulation sexuelle est requise pour que LEVITRA® soit efficace. LEVITRA® n'est pas indiqué chez la femme. **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION* :** Par voie orale. Utilisation chez l'homme adulte : dose recommandée : 10 mg à prendre selon les besoins, environ 25 à 60 minutes avant toute activité sexuelle, au maximum une fois par jour. En fonction de l'efficacité et de la tolérance, la dose peut être portée à 20 mg ou réduite à 5 mg. Dose maximale recommandée : 20 mg. Utilisation chez les insuffisants rénaux légers à modérés : aucun ajustement posologique. Utilisation chez l'homme âgé, les insuffisants rénaux sévères : débuter par 5 mg. En fonction de l'efficacité et de la tolérance, la dose pourra être augmentée à 10 mg puis à 20 mg. Utilisation chez les insuffisants hépatiques légers à modérés : débuter par 5 mg. En fonction de l'efficacité et de la tolérance, la dose pourra être augmentée ultérieurement. La dose maximum recommandée chez les patients présentant une insuffisance hépatique modérée (classification B de Child-Pugh) est de 10 mg (voir rubrique Contre-indication). Utilisation chez les enfants et adolescents : non indiquée chez les personnes de moins de 18 ans. Il n'y a pas d'indication spécifique pour l'utilisation de LEVITRA® chez les enfants. Utilisation chez les patients prenant d'autres médicaments : en cas d'association avec l'érythromycine ou la clarithromycine, inhibiteurs du CYP3A4, la dose de vardenafil ne doit pas excéder 5 mg. **CONTRE-INDICATIONS :** • Hypersensibilité au vardenafil ou à l'un des excipients. • Administration concomitante avec des dérivés nitrés ou les donneurs de monoxyde d'azote (comme le nitrite d'amyle) quelle que soit la forme. • Patients ayant une perte de la vision d'un œil due à une neuropathie optique ischémique antérieure non artérielle (NOIAN) associée ou non à une exposition antérieure à un IPDE5. • Hommes pour lesquels l'activité sexuelle est déconseillée (ex : troubles cardiovasculaires sévères tels que l'angor instable ou l'insuffisance cardiaque sévère). • Insuffisance hépatique sévère. • Insuffisance rénale terminale nécessitant une dialyse. • Hypotension (pression artérielle < 90/50 mmHg). • Antécédent récent (6 derniers mois) d'accident vasculaire cérébral ou d'infarctus du myocarde. • Angor instable. • Troubles héréditaires dégénératifs connus de la rétine. • Homme de plus de 75 ans : administration concomitante avec les puissants inhibiteurs du CYP3A4 kétoconazole et itraconazole (forme orale). • Utilisation concomitante avec des inhibiteurs de protéase anti-VIH tels que le ritonavir et l'indinavir (très puissants inhibiteurs du CYP3A4). **MISES EN GARDE SPÉCIALES ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI* :** • Avant d'instaurer un traitement de la dysfonction érectile, examiner la fonction cardiovasculaire dans la mesure où toute activité sexuelle comporte un risque cardiaque. Par ailleurs, les patients présentant certaines pathologies cardiovasculaires notamment un obstacle à l'éjection du ventricule gauche (ex : sténose aortique, sub-aortique...) peuvent être plus sensibles aux effets vasodilatateurs (avec diminution de la pression artérielle) des inhibiteurs de la phosphodiestérase de type 5. • Utilisation avec prudence en cas de malformation anatomique du pénis ou de pathologies susceptibles de prédisposer au priapisme. • En l'absence d'information, l'association avec d'autres traitements de la dysfonction érectile n'est pas recommandée. • Chez les patients stabilisés sous traitement par alpha-bloquants, le traitement par vardenafil doit être instauré à la plus faible dose initiale recommandée, soit 5 mg. Le vardenafil peut être administré à tout moment avec la tamsulosine. Pour les autres alpha-bloquants, un intervalle de temps entre les prises doit être respecté en cas de prise concomitante du vardenafil. Chez les patients déjà traités par une dose optimale de vardenafil, le traitement par alpha-bloquants doit être initié à la plus faible dose. Chez les patients traités par vardenafil, l'augmentation des doses d'alpha-bloquants par paliers peut entraîner une diminution supplémentaire de la pression artérielle. • L'administration concomitante avec de puissants inhibiteurs du CYP3A4 tels que l'itraconazole et le kétoconazole (forme orale) est fortement déconseillée. • Adaptation de la posologie en cas d'administration concomitante avec l'érythromycine ou la clarithromycine, inhibiteurs du CYP3A4 : la dose ne doit pas excéder 5 mg. • Éviter la prise concomitante de jus de pamplemousse. • Les médicaments qui prolongent l'intervalle QTc, dont le vardenafil, sont fortement déconseillés chez des patients présentant des facteurs de risque, par exemple, une hypokaliémie, un allongement congénital de l'intervalle QT, une administration concomitante d'anti-arythmique de Classe Ia ou de Classe III. • Des anomalies visuelles et des cas de NOIAN ayant été rapportés à la suite de la prise de LEVITRA® et d'autres IPDE5, informer le patient qu'en cas d'anomalie visuelle soudaine, il doit arrêter de prendre LEVITRA® et consulter immédiatement un médecin. • Administration chez les patients présentant des troubles hémorragiques ou un ulcère gastroduodénal évolutif seulement après une évaluation minutieuse du rapport bénéfice-risque. **INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MÉDICAMENTS ET AUTRES FORMES D'INTERACTION* :** • Effets d'autres médicaments sur le vardenafil. • Utilisation concomitante avec des inhibiteurs de protéase anti-VIH tels que le ritonavir et l'indinavir (très puissants inhibiteurs du CYP3A4) est contre-indiquée. • Homme de plus de 75 ans : l'administration concomitante avec les puissants inhibiteurs du CYP3A4 kétoconazole et itraconazole (forme orale) est contre-indiquée. • L'administration concomitante avec des inhibiteurs puissants du CYP3A4 tels que l'itraconazole et kétoconazole (forme orale) est fortement déconseillée. • Adaptation de la posologie en cas d'administration concomitante avec l'érythromycine ou la clarithromycine, inhibiteurs du CYP3A4 : la dose ne doit pas excéder 5 mg. • Éviter la prise concomitante de jus de pamplemousse. Effets du vardenafil sur d'autres médicaments. • L'administration concomitante avec les dérivés nitrés ou les donneurs de monoxyde d'azote quelle que soit la forme est contre-indiquée. En raison de la composante dérivé nitré, le nicorandil peut entraîner une interaction grave avec le vardenafil. • Administration concomitante avec les alpha-bloquants : un traitement concomitant par LEVITRA® doit être initié à la plus faible dose initiale recommandée, soit 5 mg, uniquement si le patient est stable sous traitement par alpha-bloquant. LEVITRA® peut être administré à tout moment avec la tamsulosine. Pour les autres alpha-bloquants, un intervalle de temps entre les prises doit être respecté en cas de prise concomitante de LEVITRA®. • L'administration concomitante d'anti-arythmique de classe Ia ou de classe III est fortement déconseillée (cf. Mises en garde et précautions particulières d'emploi).

GROSSESSE ET ALLAITEMENT : LEVITRA® n'est pas indiqué chez la femme. Aucune étude avec le vardenafil n'a été réalisée chez la femme enceinte. **EFFETS SUR L'APTITUDE À CONDUIRE DES VÉHICULES ET À UTILISER DES MACHINES* :** Les effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines n'ont pas été étudiés. Des sensations vertigineuses et des troubles de la vision ayant été rapportés, les patients doivent connaître la manière dont ils réagissent au LEVITRA® avant conduite d'un véhicule ou manipulation de machines. **EFFETS INDÉSIRABLES* :** Les effets indésirables suivants ont été rapportés : *Très fréquents* : céphalée, rougeurs de la face. *Fréquents* : vertige, congestion nasale, dyspepsie, nausée. *Peu fréquents* : somnolence, augmentation des sécrétions lacrymales, troubles de la vision (incluant augmentation de la perception lumineuse), chromatopsie, conjonctivite, vision trouble, tachycardie, palpitations, hypertension, hypotension, hypotension orthostatique, dyspnée, épistaxis, anomalie des tests hépatiques, élévation des y GT, réaction de photosensibilité, oedème de la face, rash, augmentation de la CPK (créatine phosphokinase sanguine), myalgies, douleurs dorsales. *Rares* : hypersensibilité, anxiété, syncope, convulsion, amnésie transitoire, augmentation de la pression intraoculaire, angine de poitrine, ischémie myocardique, oedème du larynx, rigidité musculaire, priapisme, érections prolongées ou douloureuses. *Fréquence non connue (ne pouvant être estimée à partir des données disponibles)* : NOIAN, anomalies visuelles, infarctus du myocarde, surdité soudaine (diminution ou perte soudaine de l'audition rapportée dans un petit nombre de cas lors de l'utilisation d'IPDE5 au cours d'essais cliniques et de la surveillance après commercialisation). Rapports après commercialisation d'autres produits de la même classe : des événements cardiovasculaires graves tels que, hémorragies cérébrovasculaires, mort subite d'origine cardiaque, accident ischémique transitoire, angor instable et arythmie ventriculaire ont été rapportés lors de l'utilisation d'autres médicaments commercialisés de la même classe. **SURDOSAGE* :** - **PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES* :** - **PROPRIÉTÉS PHARMACODYNAMIQUES* :** classe pharmacothérapeutique : médicament utilisé dans la dysfonction érectile, code ATC : G04BE03. **PROPRIÉTÉS PHARMACOCINÉTIQUES* :** - **DONNÉES DE SÉCURITÉ PRÉCLINIQUE* :** - **DONNÉES PHARMACÉUTIQUES* :** - **DURÉE DE CONSERVATION :** 3 ans. Ce médicament ne nécessite pas de précaution particulière de conservation. **NATURE ET CONTENU DE L'EMBALLAGE EXTÉRIEUR :** Blisters PP/Aluminium en boîtes de 4, 8 et 12 comprimés. **PRESENTATIONS ET NUMÉROS AU REGISTRE COMMUNAUTAIRE DES MÉDICAMENTS :** EU/103/248/002 : LEVITRA® 5 mg 4 comprimés. EU/103/248/006 : LEVITRA® 10 mg 4 comprimés. EU/103/248/007 : LEVITRA® 10 mg 8 comprimés. EU/103/248/010 : LEVITRA® 20 mg 4 comprimés. EU/103/248/011 : LEVITRA® 20 mg 8 comprimés. EU/103/248/012 : LEVITRA® 20 mg 12 comprimés. **NUMÉROS D'IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE :** LEVITRA® 5 mg : 4 comprimés : 361 828-4. LEVITRA® 10 mg : 4 comprimés : 361 832-1. 8 comprimés : 361 833-8. LEVITRA® 20 mg : 4 comprimés : 361 836-7. 8 comprimés : 361 837-3. 12 comprimés : 361 839-6. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ :** Bayer Healthcare AG - D-53668 Leverkusen - Allemagne. **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE :** Liste I - Mis sur le marché en mars 2003. Médicaments non remboursés par la Sécurité Sociale - Non agréés à l'usage des collectivités. **DATE DE PREMIÈRE AUTORISATION :** 6 mars 2003. **DATE DU DERNIER RECTIFICATIF D'AMM :** 28 juillet 2008.

* Pour une information plus complète, consulter le Résumé des Caractéristiques du Produit disponible sur le site internet de l'Agence européenne du médicament (EMA) <http://www.emea.europa.eu/>. Des informations détaillées sur ce médicament sont disponibles sur le site internet de l'Agence européenne du médicament (EMA) <http://www.emea.europa.eu/>. **BAYER SANTÉ** - 13, rue Jean Jaurès - 92807 Puteaux Cedex. Standard : 03 20 20 80 80. Pharmacovigilance (IN Vert) : 0 800 87 54 54. www.bayerscheringpharma.fr/Voi109.



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

BIENVENUE A TOUS

Bienvenue à Lille, capitale des Flandres, laborieuse, ambitieuse mais modeste, fière de son patrimoine riche et varié, bienvenue dans la région Nord - Pas de Calais, si attachée à ses traditions et ses valeurs humaines...

Merci, par votre présence, de permettre au Comité d'Organisation que j'ai l'honneur de présider de caresser un espoir, voire de réaliser un rêve, associer la richesse d'un congrès de grande qualité scientifique à la convivialité si souvent évoquée des ch'tis...

Beaucoup d'entre vous étaient à Strasbourg en 2008, pour tenter de décrire, évaluer et comprendre les éléments essentiels qui entrent en jeu dans la sexualité du couple. Chose promise, chose due, les 2^{es} Assises Françaises de Sexologie et Santé Sexuelle essayent d'aller plus loin en ce domaine. Pendant ces quatre jours, ce sont les principes de la prise en charge qui vont être abordés, de manière à essayer de jeter les bases de ce qui pourrait devenir des recommandations pour la pratique professionnelle en Sexologie.

Pour cela, Mireille Bonierbale et les membres du Comité Scientifique, N. Arnaud-Beauchamps, P. Brenot, J. Chaumeron, A. Corman, P. Leuillet, A. Sevens, T. Troussier, en collaboration avec C. Cabanis, M. Chevret-Measson, M.H. Colson, G. Formet, M. Potentier et R. Porto, se sont efforcés de convier les orateurs les plus compétents en leur domaine à nous faire part de leurs études et de leurs réflexions. Que tous ces illustres intervenants soient remerciés d'avoir accepté de participer à ces journées, et d'avoir permis la publication des résumés que vous trouverez dans cet ouvrage.

De larges plages ont également été réservées pour les ateliers, les commissions de travail et les échanges en général. Je vous invite à y faire part de votre expérience du terrain et de votre analyse personnelle.

Qu'il me soit également autorisé de remercier chaleureusement tous ceux qui, dans l'ombre le plus souvent, des sociétés organisatrices de congrès aux décideurs institutionnels de la Région, en passant par mes collaborateurs patients et dévoués, ont permis que cette manifestation se réalise.

Jamais une telle manifestation n'aurait cependant été envisageable si les Conseils d'Administration de l'Association Inter Hospitalo Universitaire de Sexologie (AIHUS) et de la Société Française de Sexologie Clinique (SFSC), et leurs présidents respectifs, Pierre Costa et Marc Ganem, n'avaient pas décidé d'unir leurs efforts pour faire naître l'ambitieux projet des Assises. Le succès que celles-ci remportent depuis deux ans confirme que l'attente des sexologues et de tous les professionnels impliqués dans le concept de Santé Sexuelle reste importante, mais constitue aussi le plus bel hommage qu'il était possible de leur rendre.

Francis Collier

REMERCIEMENTS

Le Comité d'Organisation des 2^{es} Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle remercie vivement pour leur soutien les Sociétés :



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma



www.librairiehirondelle.com

SOMMAIRE

Programme	4
Conférences et sessions de travail	12
Commissions de travail	149
Posters	175
Sessions pré-assises : Ateliers - Session de formation continue ..	194
Liste des participants	212
Liste des exposants	239
Plan de l'exposition	242
Plan des hôtels	243



2^{es} Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle AIHUS - SFSC

PROGRAMME

*Les 2^{es} Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle
sont présidées par Francis COLLIER*

JEUDI 26 MARS

10h-12h30

SESSIONS PRÉ-ASSISES D'ATELIERS DE FORMATION CONTINUE

- | | |
|--|---|
| N°1 • Couple en difficulté sexuelle et relationnelle :
apport d'un travail corporel | SALLE ARTOIS 1 (NIVEAU 5)
C. ROUX DESLANDES |
| N°2 • Comment traiter en couple les problèmes
qu'ils n'auraient pas s'ils étaient seuls ? | SALLE ARTOIS 2 (NIVEAU 5)
P. BENGHOZI |
| N°3 • Les thérapies de couple
en consultation de sexologie | SALLE HAINAUT (NIVEAU 5)
M. AMAND |
| N°4 • Education sexuelle | SALLE RUBENS 1 (NIVEAU 9)
T. TROUSSIER, P. H. BOULOY |
| N°5 • Hypnose ; place et limites en sexologie | SALLE RUBENS 2 (NIVEAU 9)
J. DE MARTINO |
| N°6 • Le couple, sa demande, le toucher
et le thérapeute | SALLE ROTTERDAM 1 (NIVEAU 0)
M. POTENTIER |
| N°7 • Le couple dont l'un des membres est l'auteur
d'une agression sexuelle | SALLE ROTTERDAM 2 (NIVEAU 0)
M. DESBARATS |
| N°8 • Restaurer l'intimité du couple
(relationship enhancement) | SALLE REMBRANDT (NIVEAU 9)
N. SARRADON-GIRBAL |
| N°9 • Quand le corps fait tiers dans le couple
(approche systémique des troubles sexuels) | SALLE GOYA (NIVEAU 9)
R. NEUBURGER |
| N°10 • L'accompagnement stratégique du couple | SALLE FAIDHERBE 2 (NIVEAU 7)
P. BRENOT |

9h30-12h30

FMC validante (réservée aux médecins ; financée par le FAF-PM) (ouvrant droit à des crédits dans le cadre de la FMC obligatoire)

- Dépression et troubles de la sexualité
- SALLE FAIDHERBE 1 (NIVEAU 2)
ORGANISATEUR : A. SEVÈNE – EXPERT : J. CHAUMERON
ANIMATEURS : A. CORMAN, JR. DINTRANS, C. ESTURGIE, G. FORMET, E. TANNEAU

13h	ACCUEIL DES PARTICIPANTS - CAFÉ	ESPACE FLANDRE (NIVEAU 8)
	Sessions également ouvertes aux étudiants des DU de sexologie	
14h-16h15	LES OUTILS THÉRAPEUTIQUES APPLIQUÉS AU COUPLE	AMPHITHÉÂTRE VAUBAN (NIVEAU 8)
	MODÉRATEURS : P. BRENOT - M. AUBRY	
	Introduction : Quand le couple est-il devenu objet de soins ?	P. BRENOT
	• Accueillir le symptôme, accueillir le couple	P. BENGHOZI
	• Les thérapies solutionnistes	F.-X. POUDAT
	• Hypnose ; application au couple en difficulté sexuelle	J. MIGNOT
	• Stratégies systémiques	R. NEUBURGER
	• Les thérapies Mastersiennes ; évolution et place actuelle	M. CHEVRET-MEASSON
	• Apport du counseling	T. TROUSSIER, E. LE BLANC
16h15-16h45	PAUSE CAFÉ - VISITE EXPOSITION	ESPACES MATISSE - VAN GOGH (NIVEAU 8)
16h45-18h30	LES OUTILS THÉRAPEUTIQUES APPLIQUÉS AU COUPLE (SUITE)	AMPHITHÉÂTRE VAUBAN (NIVEAU 8)
	• Langage corporel et intimité	M. POTENTIER
	• Sexualités assistées au sein du couple	P. DE SUTTER
	• Les médicaments de la sexualité du couple et les traitements locaux	F. GIULIANO
	• Analyse comparative des systèmes thérapeutiques : application en sexologie	M. BONIERBALE
	• Un modèle de lecture des indications thérapeutiques	C. CABANIS
18h30-19h	DISCUSSION	
19h	COCKTAIL DE BIENVENUE	



2^{es} Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle AIHUS - SFSC

VENDREDI 27 MARS

PROGRAMME

7h	ACCUEIL DES PARTICIPANTS	
8h-8h30	UN AN APRÈS STRASBOURG : QUELLES ATTENTES THÉRAPEUTIQUES POUR LA SEXUALITÉ DU COUPLE ? POINTS FORTS Synthèse à partir des commissions et des sessions de Strasbourg de 2008	AMPHITHÉÂTRE VAUBAN (NIVEAU 8) P. DESVAUX ET J.-R. DINTRANS
8h30-10h	COMMISSIONS DE TRAVAIL	
	• Prise en charge du handicap	SALLE ROTTERDAM 2 (NIVEAU 1) EXPERT : K. CHARVIER RAPPORTEUR : C. DEL AGUILA-BERTHELOT
	• Couple homosexuel ; une prise en charge spécifique ?	SALLE LIÈGE 2 (NIVEAU 1) EXPERTS : P. LEUILLET, G. DELAROCQUE RAPPORTEUR : A. GIAMI
	• Les conflits névrotiques ; que faire ?	SALLE LIÈGE 1 (NIVEAU 1) EXPERT : G. FORMET RAPPORTEUR : M. DUBOIS-CHEVALIER
	• Jalousie et dépendance dans le couple	SALLE AMPHITHÉÂTRE VAUBAN (NIVEAU 1) EXPERT : N. GRAFEILLE RAPPORTEUR : J. MIGNOT
	• Thérapies corporelles : quand en couple ?	SALLE ROTTERDAM 1 (NIVEAU 1) EXPERT : M. POTENTIER RAPPORTEUR : M. BONAL
	• Le couple, le cancer et la sexualité	SALLE ROTTERDAM 3 (NIVEAU 1) EXPERT : P. BONDIL RAPPORTEUR : D. HABOLD
	• Les couples âgés	SALLE COLOGNE (NIVEAU 1) EXPERT : G. RIBES RAPPORTEUR : M.-H. COLSON
	• Pensée opératoire et imaginaire dans le couple : utilisation en thérapie	SALLE TURIN (NIVEAU 1) EXPERT : J. PEYRANNE RAPPORTEUR : M. PAUTI
10h-10h30	PAUSE CAFÉ - VISITE EXPOSITION	ESPACES MATISSE - VAN GOGH (NIVEAU 8)
10h30-12h	DÉBAT La médicalisation de la sexualité : quels changements pour la sexualité du couple et sa prise en charge ? MODÉRATEUR : M. BONIERBALE INTERVENANTS : V. CESPEDES, A. CORMAN, A. GIAMI	AMPHITHÉÂTRE VAUBAN (NIVEAU 8)
12h15-14h	DÉJEUNER CAFÉ SUR LES STANDS - VISITE EXPOSITION	SALLE JEANNE DE FLANDRE (NIVEAU 11) ESPACES MATISSE - VAN GOGH (NIVEAU 8)

7



2^{es} Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle AIHUS - SFSC

SAMEDI 28 MARS

8h-8h45

DIALOGUE THÉRAPEUTIQUE

AMPHITHÉÂTRE VAUBAN (NIVEAU 8)

"Faut-il traiter le symptôme sexuel en couple ou en individuel"

P. BRENOT, J. CHAUMERON

8h45-13h

LE COUPLE EN DIFFICULTÉ SEXUELLE :

AMPHITHÉÂTRE VAUBAN (NIVEAU 8)

Y a-t-il toujours un couple derrière le symptôme ?

8h45-10h45

Quand c'est LUI qui consulte

avec le soutien des laboratoires LILLY

COORDINATEURS : M. CHEVRET-MEASSON, F. COUR, N. THIOUNN

- Attentes et prises en charge professionnelles du couple et de sa sexualité
- L'homme accepte-t-il la participation de son couple à la prise en charge de ses difficultés ?
- Discussion
- L'homme et ses difficultés
 - l'éjaculation précoce est au premier plan
 - la dysfonction érectile motive la consultation
- Discussion

R. PORTO

F. COUR

10h45-11h15

PAUSE CAFÉ - VISITE EXPOSITION

ESPACES MATISSE - VAN GOGH (NIVEAU 8)

11h15-13h

Quand c'est ELLE qui consulte

avec le soutien des laboratoires Procter et Gamble

MODÉRATEURS : N. ARNAUD BEAUCHAMPS, S. MIMOUN

- Je n'ai pas d'orgasme
- J'ai mal pendant les rapports
- On ne peut pas me pénétrer
- Synthèse : Le traitement du symptôme est-il toujours suffisant ?
- Discussion

M-H. COLSON

S. MIMOUN

N. GRAFEILLE

N. ARNAUD BEAUCHAMPS

13h-14h30

DÉJEUNER

SALLE JEANNE DE FLANDRE (NIVEAU 11)

CAFÉ SUR LES STANDS - VISITE EXPOSITION

ESPACES MATISSE - VAN GOGH (NIVEAU 8)

PROGRAMME

14h30-19h15	QUAND LA MALADIE EST AU DEVANT DE LA DIFFICULTÉ SEXUELLE	AMPHITHÉÂTRE VAUBAN (NIVEAU 8)
14h30-16h	Les maladies à risques sexuels avec le partenariat des laboratoires Bayer Schering COORDINATEURS : P. COSTA, M. GANEM • Les troubles urinaires du bas appareil (TUBA) • Les maladies cardio-vasculaires et le syndrome métabolique • Cancer de prostate et prostatectomie radicale • Dépression et stress post traumatique • Discussion	A. SEVÈNE, B. CUZIN F. PAGANELLI, A. LEMAIRE N. THIOUNN, J. PEYRANNE C. LANÇON, P. BLACHÈRE
16h-16h30	PAUSE CAFÉ - VISITE EXPOSITION	ESPACES MATISSE - VAN GOGH (NIVEAU 8)
16h30-17h45	Le couple et le déficit androgénique avec le soutien des laboratoires Solvay Pharma MODÉRATEUR : H. LEJEUNE INTERVENANTS : P. COSTA, S. DROUPY	
17h45-19h15	Le couple face à la maladie : savoir dépister, faire dire et traiter MODÉRATEURS : M. BONAL, M. AUBRY • Quand la maladie fait irruption dans le couple • Cancer du sein • Dynamique du couple et stratégies • L'accompagnement de la maladie : rupture ou guérison du couple • Discussion	D. ZAROUK B. LETOMBE, J. BITZER A. LEQUEUX M. BONAL, J. BITZER
20h30	SOIRÉE DES ASSISES	



2^{es} Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle AIHUS - SFSC

DIMANCHE 29 MARS

9h-10h

CONTROVERSE

Histoire de couple : Sexe ou Amour ?

AMPHITHÉÂTRE VAUBAN (NIVEAU 8)

G. ABRAHAM, J. WAYNBERG

- Discussion

10h-11h45

AUTOUR DE LA CONCEPTION : vie de femme, vie de couple

AMPHITHÉÂTRE VAUBAN (NIVEAU 8)

MODÉRATEURS : C. CABANIS, J. CHAUMERON

- Contraception/stérilisation et désir sexuel : amis ou ennemis ? *P. LOPES*
- Quand le désir d'enfant est là ; quelle sexualité pour le couple ? *F. COLLIER*
- La grossesse ; un tsunami pour la sexualité du couple *P. LEUILLET*
- Passer le cap de la ménopause *P. MARES*
- Discussion

11h45-12h30

SYNTHÈSES ET RECOMMANDATIONS PRATIQUES

AMPHITHÉÂTRE VAUBAN (NIVEAU 8)

- Synthèse des journées du jeudi
et vendredi après midi *M. BONAL, J. PEYRANNE*
- Synthèse de la journée du samedi *N. ARNAUD-BEAUCHAMPS, A. SEVÈNE*
- Synthèse de la matinée du dimanche *F. COLLIER, P. LEUILLET*

*Le programme de ces Assises a été établi pour répondre au cahier des charges du CNFMC.
Enregistrement obligatoire pour les crédits formation.*

N° d'agrément de la SFSC par le CNFMC : 100 251

N° d'agrément FMC de l'AIHUS : N° 100 341

***Les déclarations de conflit d'intérêt sont consultables au secrétariat des Assises
pendant toute la durée de la manifestation.***

PROGRAMME



2^{es} Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle AIHUS - SFSC

Président : Francis Collier

Présidents d'honneur : Pierre Costa et Marc Ganem

Avec la participation des membres des conseils d'administration :

- AIHUS

G. Abraham, P. Blachère, M. Bonal, P. Bondil, M. Bonierbale, P. Brenot, C. Cabanis, F. Charvet, M. Chevret-Measson, F. Collier, M-H. Colson, P. Costa, P. Desvaux, A. Faix, A. Giami, N. Grafeille, C. Lançon, A. Leriche, J. Mignot, S. Mimoun, W. Pasini, J. Peyranne, R. Porto, G. Ribes.

- SFSC

N. Arnaud-Beauchamps, M. Bartin, P. de Boisgisson, L. Carlotti, J. Chaumeron, A. Corman, J-R. Dintrans, C. Esturgie, G. Formet, M. Ganem, Ch. Gellman, F. Hedon, J. Karoubi, L. Malterre, M. Pujos-Gautraud, J-L. Roux, A. Sevène, E. Tanneau, C. Ternisien d'Ouille, D. Zarouk.

- et le soutien de l'ASCLIF

Comité scientifique

Présidente : M. Bonierbale

assises-sexo@orange.fr

N. Arnaud-Beauchamps, P. Brenot, J. Chaumeron, A. Corman, S. Droupy, P. Leuillet, A. Sevène, T. Troussier

En collaboration avec : C.Cabanis, M. Chevret Measson, M.H. Colson, G.Formet, M. Potentier, R.Porto

Comité d'organisation

Secrétariat scientifique

Accord Parfait

B. Godalier - accordparfait5@orange.fr

Contacts exposants - Sponsoring

Accord Parfait

B. Godalier - accordparfait5@orange.fr

Inscriptions et réservations hôtelières

Alpha Visa Congrès

info@assises-sexologie.com

CRÉDIT PHOTOS : O.T. LILLE

Résumés des
conférences
et
sessions de travail

SESSION DE TRAVAIL DES ASSISES

Sessions également ouvertes aux étudiants des DU de sexologie

LES OUTILS THÉRAPEUTIQUES APPLIQUÉS AU COUPLE

Modérateurs : M. AUBRY, P. BRENOT

INTRODUCTION : Quand le couple est-il devenu objet de soin ?

P. BRENOT

- Accueillir le symptôme, accueillir le couple
P. BENGHOZI
- Les thérapies solutionnistes
F-X. POUDAT
- Hypnose ; application au couple en difficulté sexuelle
J. MIGNOT
- Stratégies systémiques
R. NEUBURGER
- Les thérapies Mastersiennes ; évolution et place actuelle
M. CHEVRET-MEASSON
- Apport du counseling
T. TROUSSIER, E. LE BLANC
- Language corporel et intimité
M. POTENTIER
- Sexualités assistées au sein du couple
P. DE SUTTER
- Les médicaments de la sexualité du couple et les traitements locaux
F. GIULIANO
- Analyse comparative des systèmes thérapeutiques : application en sexologie
M. BONIERBALE
- Un modèle de lecture des indications thérapeutiques
C. CABANIS

QUAND LE COUPLE EST-IL DEVENU OBJET DE SOIN ?

Philippe BRENOT

Psychiatre-Sexologue
Directeur au DIU de Sexologie
Université Paris 5
mireille.bonierbale@wanadoo.fr

Les thérapeutes s'intéressent aux couples depuis que le couple existe, c'est à dire très récemment en Occident, dans les années 1970, où on est clairement passé d'une société traditionnelle marquée par l'appartenance à la famille (l'individu n'existant que par le groupe) à la société moderne où le sujet existe à part entière. Le couple s'est alors progressivement autonomisé de la famille pour devenir l'union de deux sujets autonomes désirants. Dans le même temps la plainte de fécondité (crainte de ne pas avoir d'enfant ou d'en avoir trop, en l'absence de contraception) a laissé place à la plainte sexuelle. Les premières consultations maritales sont ainsi apparues aux Etats-Unis dans les années 1930-1940 avec les consultations pre et post-maritales d'Hanna et Abraham Stone du Mariage Consultation Center de New-York. La seconde étape, et première réelle prise en charge des couples en difficulté, a été celle des co-thérapies de William H. Masters et Virginia E. Johnson entre 1950 et 1970 à l'Université de Saint-Louis du Missouri. Vinrent ensuite la réflexion analytique sur le couple et ses collusions par Jürg Willi puis les *Thérapies analytiques du couple* par Jean-Georges Lemaire en 1971.

Les thérapies de couples ont souvent été transposées par nécessité à partir de modèles qui ne lui étaient pas destinés, le modèle de la prise en charge individuelle et celui des thérapies de famille ou de groupe qui ont commencé à se développer dans les années 1970-1980. Or, le couple n'est en rien l'addition de deux histoires individuelles ni seulement une partie de la famille étendue. Le couple a, en outre, des caractéristiques propres, en premier lieu les dimensions sexuelle et érotique, qui sont en général absentes des prises en charges analytiques, individuelles ou de groupe, car supposées se rétablir lorsque revient l'harmonie conjugale.

Dans les années 1980-1990 est apparu un marché du sexe et un marché du couple, alors que tous les modes de prises en charge, sur le modèle de l'analyse individuelle, contre-indiquaient la rencontre avec le conjoint. Chaque thérapeute s'est alors adapté, transgressant cette règle formelle, pour suivre des couples sans que cette unité particulière (le couple) ait vraiment été étudiée et théorisée. Le premier à le faire, dans le champ psychanalytique a été Jean-Georges Lemaire qui a fondé une solide école de connaissance analytique et de suivi du couple aboutissant aux deux formations complémentaires que sont la psychothérapie analytique de couple et le conseil conjugal.

A côté de ce courant, les approches du groupe et de la famille (analytiques et systémiques) ont commencé à s'intéresser au couple. De nombreux thérapeutes de couple allient aujourd'hui approche systémique et analytique.

Dans ces conditions, on peut poser une légitime question : Quel type de thérapeute est susceptible de suivre des couples ?

- le psychanalyste : NON, il lui est interdit de voir le conjoint.
- le psychothérapeute : NON, lui non plus ne voit pas le conjoint.
- le thérapeute familial : OUI, mais il le suit plutôt comme une famille.
- le thérapeute analytique de couple : OUI, mais pas sur le plan érotique.
- le thérapeute systémique de couple : OUI, mais pas sur le plan érotique.
- le sexo-thérapeute : OUI, dans sa dimension relationnelle et érotique.

En définitive les thérapeute de groupe ou de famille ne voient la plupart du temps le couple qu'ensemble (séances à trois : le thérapeute + les deux conjoints) car ils ont transposé le modèle de l'analyse individuelle à celle du couple par un raisonnement d'homologie : le patient, c'est le couple. Là encore un interdit prévaut : ne jamais voir un conjoint séparément pour éviter des interprétations transférentielles, car le patient c'est le couple. L'objet de la psychanalyse du couple de J-G Lemaire est, quant à lui, clairement identifié : c'est l'analyse et l'évolution du lien conjugal. Il est alors compréhensible que la dimension érotique et sexuelle ne soit pas évoquée, car elle ne peut l'être librement face au conjoint. C'est également peut-être une façon défensive de ne pas envisager la sexualité. Les thérapies systémiques du couple empruntent le même schéma pour travailler avec le système couple.

Si une part des sexothérapies de couple sont uniquement centrées sur le symptôme sexuel, la majorité d'entre elles associent des approches d'inspiration systémique ou analytique, tout en prenant en compte la dimension érotique comme une composante principale du couple. C'est pourquoi le pré-requis pour suivre un couple de façon thérapeutique me semble être une double condition : que ce suivi soit fait par un psychothérapeute qui, de plus, soit formé à la sexologie.

RÉFÉRENCES

- BRENOT P., *Inventer le couple*, Paris, Odile Jacob, 2001.
- BRENOT P., *PSY, mode d'emploi*, Bordeaux, L'Esprit du Temps, 2007.
- KELLERHALS J., WIDMER E. et LEVY R., *Mesure et démesure du couple*, Payot 2004.
- LEMAIRE J-G., *Les thérapies du couple*, Paris, Payot, 1971.
- MASTERS W. H. et JOHNSTON V. E., *Les Mécontentes sexuelles*, Paris, Laffont, 1970.
- MIRMONT J. (ss dir), *Dictionnaire des thérapies familiales, théories et pratiques*, Paris, Payot, 1987.
- NEUBURGER R., *L'Autre demande (psychanalyse et thérapie familiale systémique)*, Paris, ESF, 1984.
- PASINI W., *A quoi sert le couple ?*, Paris, Odile Jacob 1996.
- WILLI J., *La relation de couple*, Neuchatel, Delachaux et Niestlé, 1982.

ACCUEILLIR LE SYMPTÔME - ACCUEILLIR LE COUPLE

Pierre BENGHOZI

Psychiatre, psychanalyste, psychosomaticien, thérapeute psychanalytique de couple et de famille.
Médecin chef du service de psychiatrie de l'enfant de l'adolescent et de la famille,

Responsable de l'Unité clinique de Périnatalité, CH H. Guérin,
8 rue de Provence 83400 Hyères
pbenghozi@wanadoo.fr

- Président de l'IRP, Institut de Recherche en Psychothérapie
- Responsable Fondateur de la section Européenne EFPP de Psychothérapie Psychanalytique de Couple et de Famille
- Responsable de l'Enseignement de Psychosomatique et sexualité, UNIVERSITE PARIS XIII Bobigny
- Chargé de l'enseignement Approche Psychosomatique de Couple et Périnatalité dans le Diplôme de Gynécologie Psychosomatique, Hôpital Robert Debré PARIS

Un symptôme peut être considéré comme une création du couple.

C'est celle qui témoigne de l'utilisation des touches du clavier musical que le groupe couple peut utiliser. Ces touches, ce sont les mécanismes de défense inconscients du couple. Le symptôme est une co-création du groupe- couple. Le « groupe » est ainsi plus que l'addition des 2 partenaires, il est une entité nouvelle fondée par le lien conjugal.

Le lien, c'est ce qui permet de relier et de faire tenir ensemble.

Tenter de changer la musique sans respecter la fonction qu'elle occupe dans le maintien d'un équilibre, induit les résistances au changement.

En quoi sommes-nous interpellés comme thérapeutes?

Pour reconnaître et soutenir des alternatives de scénario inter-psychiques moins source de souffrance. C'est donc permettre une plus grande souplesse dans la disponibilité d'utiliser le clavier des mécanismes de défense. L'écoute du couple est une écoute groupale. Il ne s'agit donc pas de jouer de la musique à la place des membres du couple, mais de rendre possible la créativité des transformations. Dans notre pratique de thérapie de couple, mais aussi dans une écoute de couple en consultation individuelle, une part importante est faite à l'accueil de la demande à partir d'une souffrance exprimée au sein du couple par un des membres porte symptôme. L'accueil du symptôme est l'enjeu de la négociation médecin-malade dans la référence psychosomatique de type M. Balint. Elle engage la subjectivité du thérapeute.

La reformulation de cette demande soutient la construction du lien d'alliance thérapeutique. La médiation d'un génogramme imaginaire de couple nous aide à penser groupe et généalogie. L'utilisation de métaphores facilite une figuration groupale des enjeux psychiques des symptômes. La pratique d'un spaciogramme de couple permettra de figurer l'espace du corps psychique, les frontières des territoires de l'intime, du privé et du public.

Projet

Je tenterais ici de montrer en quoi en pratique clinique, l'écoute psychanalytique du couple est une nouvelle approche du symptôme. J'essayerais d'illustrer l'utilisation de ces médiations à propos d'exemples de thérapie de couple pour des difficultés sexuelles.

MOTS CLÉS : accueil, lien d'alliance, résistances, génogramme imaginaire, spaciogramme de couple, psychanalyse, thérapie de couple.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BENGHOZI P,
(1999). *Adolescence et Sexualité, Liens et Maillage réseau*, sous la dir, Paris L'HARMATTAN.
(1999). *L'Adolescence, Identité Chrysalide*, sous la dir, Paris, L'HARMATTAN.
(2002). *Violence et champ social*, sous la dir.
Rapport national sur la VIOLENCE,
Conseil Supérieur du Travail Social,
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, ENSP 2002.

LES THÉRAPIES SOLUTIONNISTES

F-X POUDAT

3 rue Marceau
44000 Nantes
fxpoudat@wanadoo.fr

Le thème de cette communication est centré sur l'intérêt actuel de l'utilisation des thérapies orientées vers les solutions en sexothérapie et thérapies de couple, dans le cadre des thérapies brèves.

Après quelques rappels théoriques, on abordera la spécificité du questionnement solutionniste au cours de l'entretien thérapeutique, base indispensable à la recherche des ressources du patient, pour conclure en abordant les prescriptions de changement.

Comme les thérapies comportementales et cognitives, les thérapies solutionnistes sont orientées sur le présent et sur l'« ici-et-le maintenant », délaissant les explications pour les résolutions, mais à la différence des TCC qui ont pour but de se centrer sur les problèmes et les contingences de renforcement en utilisant une méthodologie expérimentale, reproductible, les thérapies orientées sur les solutions s'appuient sur les compétences plutôt que sur les insuffisances, les ressources plutôt que sur les faiblesses, les points forts plutôt que les fragilités. Les solutions seront spécifiques à la personne, au couple ou à la famille.

Les principes qui sous-tendent la thérapie solutionniste sont retrouvés en parti dans les travaux de M. Erikson qui avaient déjà influencé les thérapies familiales, l'hypnose, les thérapies brèves et les thérapies stratégiques. D'autres influences plus récentes ont été majeures dans le courant solutionniste comme les travaux de S. de Shazer et de G. Nardone par exemple.

Les stratégies thérapeutiques offrent à nous un autre regard sur la plainte à partir du moment où nous considérons que le client dispose en lui-même et dans son système social, des ressources nécessaires pour effectuer les changements dont il a besoin. Le thérapeute va permettre au client d'accéder à ces ressources pour les utiliser de manière appropriée dans sa vie. En cela, la construction de la relation thérapeutique est une étape essentielle, respectant les possibilités du patient, les attentes, la fonction positive du symptôme...

Le questionnement solutionniste est une autre étape importante avec une reformulation des questions, une recherche des exceptions, des solutions partielles, la « question miracle » etc...

La construction des tâches, des objectifs devra, enfin, permettre au client d'élaborer une vision du changement « possible » par des actions suffisamment minimalistes et acceptables. Ce changement n'amène pas systématiquement à la résolution du problème, mais plutôt à la « dissolution » de celui-ci ; le thérapeute se contentant plus, d'engager le patient sur la voie du changement, charge à lui de « choisir » entre le cycle d'échec (dont il est expert parfois depuis des années) et l'ouverture vers le « possible ».

Dans le cadre des sexothérapies et des thérapies de couple, les thérapies orientées vers les solutions, peuvent donc être des outils extrêmement pertinents, aux côtés des TCC (techniques de résolutions de problèmes, restructurations cognitives, techniques comportementales sexothérapeutiques...) dans la mesure où ils proposent un autre regard sur les problèmes. On retrouve, ainsi différents outils comme la reformulation des plaintes, le recadrage des attentes, les demandes d'actions de changement, les interventions thérapeutiques à partir des cycles auto-renforceurs d'échec, la prescription de tâches ...

MOTS CLÉS : Thérapie orientée vers les solutions - Questionnement solutionniste - Prescription de tâches - Sexothérapie - Thérapie de couple.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1) O'HANLON W.H. et WEINER-DAVIS M. (1995) : *L'orientation vers les solutions, une approche nouvelle en psychothérapie*. Tr. Française, Bruxelles, Satas
- 2) O'HANLON HUDSON P. et HUDSON O'HANLON W. (1991): *Rewriting love Stories- Brief Marital Therapy*. Tr. française (2003) : *thérapie conjugale brève, réécrire les histoire d'amour*. Bruxelles : Satas.
- 3) ISEBAERT L. et CABIÉ M.CH (1997) : *Pour une thérapie brève*. Ramonville Saint-Agne :Eres
- 4) NARDONE G (1999) : *Psychosolutions*. Paris : L'esprit du Temps.
- 5) POUDAT F.X (2000) : *Le questionnement solutionniste en thérapie sexuelle* in Journal de Therapie Comportementale et cognitive 2000,10,3,85-97 ; Paris, Masson

HYPNOSE : APPLICATION AU COUPLE EN DIFFICULTÉ SEXUELLES

Joëlle MIGNOT

47 rue des Acacias

75017 – Paris

Responsable du DIU de sexologie Paris 13-Bobigny

joelle.mignot@wanadoo.fr

L'hypnose éricksonnienne d'aujourd'hui est un outil particulièrement pertinent dans le traitement des troubles sexuels qu'ils soient féminins ou masculins. Son utilisation en thérapie de couple a été jusqu'ici peu décrite et les études sur ce sujet sont pratiquement inexistantes, l'essentiel des travaux expérimentaux se basant sur l'hypnotisabilité et la douleur.

L'objectif de cette présentation est de faire le point sur les axes essentiels qui se dégagent de l'expérience des thérapeutes qui se sont exprimés sur ce sujet et de ma pratique clinique à la fois d'hypnothérapeute et de sexologue dans la prise en charge des couples, ceci à la lumière et grâce aux travaux d'Erickson et de ses successeurs.

Cet exposé axé sur la pratique se déclinera en trois parties avec un support PPT :

1 - Qu'est-ce que l'hypnose éricksonnienne ? Différences avec l'hypnose classique Définitions et idées reçues. Etat, outil et/ou méthode ?

L'état hypnotique : un état physiologique et une ouverture du champ de conscience ?

Le processus hypnotique, l'écoute hypnotique, l'hypnose thérapeutique.

Les grands auteurs d'hier et d'aujourd'hui qui ont travaillé sur l'approche hypnotique dans le couple.

2 - Pourquoi proposer l'hypnose à un couple ? Quelles sont les conditions de son utilisation ? Comment se déroule une séance ? Quels sont les axes privilégiés à explorer par l'hypnose : la communication, le vécu de la sexualité.

Le travail avec l'inconscient, la place du corps, les ponts avec l'imaginaire sexuel.

3 – Quelles techniques hypnotiques utiliser et dans quels cas ?

Le corps et la parole, métaphores et dissociation, régression en âge

Conclusion : Nous aborderons dans cet exposé les intérêts et les limites de la méthode, les axes de changements possibles pour le couple ainsi que les conseils et les conditions nécessaires pour une pratique sérieuse et cohérente de l'hypnose dans le couple par les praticiens sexologues.

MOTS CLÉS : hypnose éricksonnienne, couple, inconscient, techniques hypnotiques

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ARAOZ D. *Hypnose et sexologie*. Paris, Albin Michel; 2000.
- BELLET P. *L'hypnose*, Paris, Odile Jacob, 2002.
- BOY A. et MICHAUD D. *Traité d'hypnothérapie*. Paris, Dunod; 2007.
- HALEY J. *Changer les couples*, conversations avec Milton Erikson, Paris, ESF ; 1990.
- HALEY J. *Un thérapeute hors du commun*, Paris, Coll.Hommes et groupes, Epi ; 1984.
- MIGNOT J. *Hypnose et sexualité, un mariage bien consommé*. Revue Hypnose et thérapies brèves, Métalwalk, 2006 ; 1 : 60-67.
- ROBLÈS T. *La diplomatie hypnotique au cœur du conflit conjugal*. Revue Hypnose et thérapies brèves, Métalwalk, 2006 ; 1 : 42-59.
- ROUSTANG F. *Qu'est-ce que l'hypnose*, Paris, Editions de minuit ; 1994.
- SALEM G. et BONVIN E, *Soigner par l'hypnose*, Paris, Masson, 4^e édition, 2007.
- VIROT C. Coll. *Hypnose contemporaine et thérapies brèves, le temps de la maturité*, Gap, Le Souffle d'Or ; 2007.
- VIROT C. Coll. *Recherches et succès cliniques de l'hypnose contemporaine*, Gap, Le Souffle d' Or ; 2007.

QUAND LE CORPS FAIT TIERS DANS LE COUPLE

Approche systémique des troubles sexuels

Robert NEUBURGER

Médecin psychiatre, thérapeute de couple et de famille

95, Bd Saint-Michel, 75005 Paris

robert.neuburger@gmail.com

Le corps peut faire tiers dans le couple. Les plaintes ou thèmes des demandes de consultation de couple concernent souvent le corps sexué du partenaire, convoqué à s'expliquer. Problèmes de frigidité, d'impuissance, pour ne pas parler des céphalées féminines opportunes ou des dorsalgies masculines, qui ne le sont pas moins...

"J'ai mal à la tête à force d'essayer de t'empêcher de me donner la migraine!" s'exclame la jeune Gill dans le livre de Ronald Laing², phrase à laquelle fait écho Jack: "Tu me fais mal au ventre...Pour que tu cesses de me faire mal au ventre, je me défends en tendant les muscles de mon ventre, ce qui cause le mal de ventre que tu provoques."

Le problème ici n'est pas la santé du corps, mais la vie d'un couple: un symptôme psychosomatique, quel que soit son importance peut parfois résoudre un problème de couple, ou bien le mettre en crise. Ainsi pour le couple de Claire et Paul.

Claire a 45 ans. Elle a divorcé il y a cinq ans. Elle est conseillère en organisation. C'est une petite femme vive, ronde, sympathique. Elle montre parfois des moments d'abattement et un regard pathétique; à d'autres moments elle peut se comporter comme une véritable furie, et son langage alors ne manque pas de verdeur.

Paul a 40 ans. Il est longiligne, plutôt maigre, le sourire aux lèvres. Lui aussi a divorcé il y a quelques années. Il est chercheur dans un domaine abstrait et scientifique.

Ils n'ont d'enfants ni l'un ni l'autre, et vivent ensemble depuis trois ans.

La demande d'aide est surtout exprimée par Claire. Elle s'estime lésée et se pose en victime. Paul était, dit-elle, *"doué de qualités sexuelles hors du commun"*.

Actuellement, non seulement il ne lui fait plus l'amour, mais la dernière fois qu'elle lui a fait des avances il a été pris de violentes nausées. Il somatise, dit-il.

Paul semble désolé de cet état de fait, mais argue qu'il ne peut commander son corps.

Claire lui intime de reprendre des relations, montrant qu'elle interprète son symptôme comme l'effet d'une mauvaise volonté, sinon de son agressivité.

Ils sont tous deux très malheureux, car ils pensent, et disent s'aimer sincèrement et avoir beaucoup de tendresse l'un envers l'autre. Leur désarroi est sincère.

Ils ont chacun des antécédents dépressifs, et redoutent manifestement une issue fatale pour le couple. Leur rapport se présente comme symétrique: il dit ne pas avoir prise sur son symptôme! C'est son corps,, on ne peut le forcer. Elle pense, au contraire, qu'il se refuse. Elle le regarde comme un médecin psychosomaticien classique face à son patient: dans une épistémologie traditionnelle, le thérapeute pense que le patient contient sa solution.

L'approche contextuelle systémique est celle que nous proposons pour ces couples. Cette approche permet de décentrer le problème, d'éviter un rapport symétrique, deux volontés qui s'opposent dans un combat idéologique.

Il ne s'agit certainement pas de se substituer à Claire et tenter d'obtenir que Paul renonce à son symptôme. Une simple remarque concernant la responsabilité de Madame, son aspect revendicatif, "cas-trateur", n'aurait guère plus d'effet.

2 - R.D. Laing, *"Noeuds"*. Stock ed. Paris 1971.

Nous pourrions être attentifs à l'aspect circulaire de leurs interactions: plus elle demande, moins il peut donner, donc plus elle demande... et chercher à les déprendre de ce cercle vicieux, de cet engrenage.

Une autre possibilité serait de saisir la dynamique de la difficulté dans leur couple, dans ce petit ensemble qui existe et évolue depuis maintenant trois ans. Au début Paul était particulièrement vaillant. Que s'est-il passé qui a modifié si profondément leur relation, y compris sexuelle?

Un événement a marqué un changement, un malentendu. Il a voulu lui faire une surprise, un cadeau important: la restauration de l'appartement de Claire. Pour cela il devait vendre son propre appartement. Or, elle s'en est "mêlée", comme il dit, sans savoir qu'il avait l'intention de lui offrir le produit de la vente, et elle lui a interdit avec véhémence une opération qu'elle jugeait défavorable!

Ce malentendu, qui n'a jamais été élaboré, éclairci, a coïncidé avec le début des difficultés sexuelles de Paul.

On peut interpréter, à ce niveau, les troubles comme un arrêt, un blocage, un refus d'avancer, qui a pour fonction de rappeler la crise qui n'a jamais éclaté. Crise qui pouvait lever les malentendus, mais risquait de modifier leurs relations, en levant quelques illusions!

Enfin, on peut être sensible à un autre aspect: l'irrationalité de leur conduite.

Leur but semble être la poursuite de leur couple, pourtant lui par son désintérêt sexuel, et elle par son insistance rendent l'édifice de plus en plus fragile. Ils en ont tous deux conscience, ce qui ne semble pourtant pas les conduire à changer leurs attitudes. Elle dit: " Il fait ce qu'il faut pour être abandonné! " et ajoute " Je suis douée pour que ça casse."

L'hypothèse suivante peut rendre compte de ce comportement absurde, qui présage ce qui pour chacun d'entre eux est vu comme un drame: un nouvel échec, la perspective d'une solitude, la perte d'une affection, qu'ils rendent inévitable pour autant que leur attitude ne change pas. Ce qui est en cause, selon notre hypothèse est bien plus précieux encore, c'est que chacun joue son identité dans son rapport au couple.

Un couple est autre chose que un plus un, c'est ce qui fait tiers, ici métaphorisé par le pénis de Paul, véritable représentant du couple, objet de leurs soucis, totem, emblème, drapeau... en berne pour l'occasion, empêchant tout rapport dit intime, c'est-à-dire ce qu'il y a de moins intime à l'intérieur d'un couple, à savoir le rapport sexuel, chacun livrant ici son intimité à l'autre.

Il rappellent ainsi l'un et l'autre, l'un par son impuissance insistante, l'autre par son insistance impuissante qu'un couple est aussi autre chose. Un couple n'est pas qu'une relation, c'est aussi un groupe, un petit groupe certes, mais un groupe quand même, un "club" que l'on a décidé de constituer, mais dont on est également membre.

Encore faut-il que ce club ait ses standards! "Je ne serai jamais membre d'un club qui m'accepterait comme membre" s'exclamait Groucho Marx.

"Je ne serai jamais membre d'un couple où le respect d'un intime pour chacun ne figurerait pas dans le règlement" semble dire Paul.

Le problème est que Claire pense que si elle ne se donne pas sans réserve, elle n'est pas loyale envers Paul.

- Claire aime la réserve de Paul
- mais ne peut l'accepter
- car elle pense que Paul l'aime dans sa générosité envahissante....
- que Paul ne peut accepter
- car Claire aime sa réserve
- da capo.

Cette formule, d'apparence alambiquée a déclenché un voyage en Grèce et, disent-ils... un miracle qui s'est répété, ce qui est rare pour un miracle, mais en matière de psychosomatique, comme en matière de couple, on est prié de laisser sa rationalité au vestiaire.....

Le pénis défaillant, mais aussi des frigidités, des hyperesthésies cutanées, des migraines, des cervicalgies, des dorsalgies et bien d'autres symptômes ont pu montrer leur véritable **valeur de signifiant de l'intime d'un couple en difficulté**. Ces symptômes doivent attirer l'attention, surtout s'ils se montrent rebelles, voire sont aggravés par des traitements individuels, d'inspiration organiciste ou psychothérapique.

REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

- R. NEUBURGER : *"Nouveaux couples"*, collection Poche, éd. Odile Jacob
- R. NEUBURGER : *"On arrête, on continue, faire son bilan de couple"*, Payot éd.
- R. NEUBURGER : *"L'art de culpabiliser"*, éd. Payot
- R. NEUBURGER : *"les territoires de l'intime"*, éd. Odile Jacob

LES THÉRAPIES DE MASTERS ET JOHNSON, LEUR PLACE ACTUELLE

Marie CHEVRET-MÉASSON

283 rue de Créqui - 69007 Lyon
mariemc@orange.fr

A travers une analyse de la littérature nous rechercherons ce qui dans les pratiques actuelles reste des premières sexothérapies en couple de Masters et Johnson.

L'histoire des thérapies sexologiques débute avec Masters et Johnson dans les années 70. La description de leur format de thérapie innovant, est l'approche par un couple mixte travaillant avec le couple dans un statut résidentiel par des entretiens individuels et de couple quotidiens. Les éléments de base sur lesquels ils insistaient sont les exercices de Sensate Focus pour permettre l'élimination de l'anxiété de performance, associés à des entraînements à la communication sur les besoins et ressentis de chacun et à des explications physiologiques (1).

Pour quels résultats ? En 1970, ils publient leurs études d'efficacité pour 500 couples suivis dans leur institut. La thérapie consistait en 2 ou 3 séances par semaine par un duo de thérapeutes masculin et féminin avec des prescriptions d'exercices dans la chambre à coucher, les résultats mesurés par un unique item succès ou non. Les taux de succès atteignaient 72% pour les anorgasmies féminines, 98% pour le vaginisme. Le taux de rechute après 5 ans est de 5%(1).

Des modifications de leur thérapie ont été réalisées pour vérifier si des résultats similaires pouvaient être acquis avec des modèles plus conventionnels et des patients ambulatoires : un seul clinicien, des sessions hebdomadaires ou des sessions de groupe. Les résultats se sont montrés aussi bons avec des séances hebdomadaires et par un seul thérapeute. (Hawton,2)

Dans les revues de la littérature de la 1ère consultation sur les dysfonctions sexuelles de Paris, il était dit qu'étant donné ses caractéristiques (thérapie très onéreuse, très intensive) il n'y a eu aucune vérification de ces résultats par d'autres études car ce modèle n'est pas reproductible. Cependant en 2006, une étude prospective de Jeng (3) à Taïwan sur 120 couples de mariage non consommé par vaginisme, traités par la thérapie de M. et J. ont des résultats similaires, mesurés par des questionnaires avant, 3 mois et 12 mois après la thérapie : 93,3% des femmes ont des pénétrations et 83,5% de celles-ci ont des rapports réguliers avec orgasmes. La conclusion des auteurs est que l'on peut conseiller cette thérapie agressive.

En tous les cas, ce corpus a stimulé une exploration des différents composants de la thérapie responsable de l'amélioration de la fonction sexuelle. Dans une étude clinique de Sarwer (4), 365 couples mariés se présentant dans une clinique de sexothérapies avec des plaintes sexuelles hétérogènes, 65% de ces couples ont des résultats avec des thérapies comportementales (TC). Le nombre de séances de Sensate Focus et l'importance accordée à ces moments sont l'élément le plus fortement prédictif d'un résultat positif de la thérapie. Cependant il n'y a pas de précision sur le type de plaintes sexuelles bénéficiaire de ces TC et les résultats sont un simple jugement du clinicien sur la plainte sexuelle de départ. Que restent ils de ces thérapies ? S'il est évident que les thérapies type de Masters et Johnson ne sont plus, sauf exception, utilisées, la plupart des sexothérapies actuelles comprennent des éléments de celles-ci, comme des interventions cognitivo-comportementales centrées sur la correction de cognitions inadaptées, des exercices de désensibilisation et d'affirmation de soi, ajoutant des explorations des familles d'origine et de l'enfance pour les expériences antérieures sur le comportement actuel ainsi que des éléments systémiques (5). Les explorations plus profondes de type psychanalytique ont été bien décrites par Helen Singer Kaplan et complètent les thérapies masteriennes ou thérapies comportementales, dans son modèle.

Quel est l'impact des thérapies de couple sur les dysfonctions sexuelles ? Dans la revue de litté-

ture de Besharat (6), il est démontré l'importance de la résolution des conflits à travers les meilleurs résultats des thérapies travaillant sur la communication que pour les thérapies fixées sur la résolution de la dysfonction. Cependant d'autres recherches montrent que ce n'est pas le cas pour les femmes avec un problème de désir sexuel.

En conclusion quelque soit le premier problème apparu dans le couple(sexuel ou relationnel) , les interventions les plus efficaces sont celles qui traitent simultanément ces deux problèmes.

Et maintenant avec l'avènement des molécules spécifiques pour certains symptômes sexuels, que sont les sexothérapies devenues ? Nous parlerons des thérapies combinées ou intégrées, à savoir la combinaison de traitements médicamenteux et de thérapies ou outils thérapeutiques psychologiques ou relationnels. Cependant elles sont extrêmement hétérogènes allant de conseils simples à l'utilisation de Sensate Focus ou de séances de thérapies diverses cognitivo-comportementales ou sexocorporelles. Mais il n'y a pas d'études contrôlées sur ces types de thérapies.

Les recommandations tirées de la 2nd consultation internationale sur les dysfonctions sexuelles à Paris en 2004(7) dans le chapitre *Psychological and Interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction* préconisent le modèle biopsychosocial, étant donné la complexité de la sexualité normale ou dysfonctionnelle. La sexualité est créée par l'interaction de facteurs culturels, de développement individuel, de psychologie individuelle, de facteurs relationnels et de biologie. Aucun comportement sexuel solitaire ou avec partenaires n'échappe à l'une de ses 5 influences. Ce modèle biopsychosocial permet de comprendre qu'une unique approche :comme des inhibiteurs de phosphodiésterase, doses d'hormones, travail sur les abus sexuels, thérapie de couple, pharmacothérapie de la dépression etc. ne peut à elle seule être suffisante pour la plupart des couples consultant pour dysfonction ou problème sexuel. Le travail clinique demande au thérapeute d'évaluer avec soin et de séparer les facteurs de vulnérabilité, des facteurs précipitants, des facteurs contextuels et des facteurs maintenant le symptôme pour choisir avec le patient ceux sur lesquels il faudra travailler et le type de thérapie préconisée.

MOTS CLÉS : Thérapies de couple, Thérapies Masters et Johnson, Thérapies combinées

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1/ MASTERS W.H.& JOHNSON V.E.(1970) *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- 2/ HAWTON K. (1995) *Treatment of sexual dysfunctions by sex therapy and other approaches*. British journal of Psychiatry. 167, 307-314
- 3/ JENG CJ, WANG LR, CHOU CS, SHEN J, TZENG CR. *Management and outcome of primary vaginismus*. J Sex Marital Ther. 2006 Oct-Dec;32(5):379-87.
- 4/ SARWER DB, DURLAK JA (1997) *A field trial of the effectiveness of behavioral treatment for sexual dysfunctions*. J Sex Marital Therapy; 23/87-97
- 5/ HEIMAN J.& MESTON C.(1997) *Empirically validated treatment for sexual dysfunction*. Annual Review of Sex Research, 8,148-194.
Kaplan H.S.,1988. *Anxiety and Sexual Dysfunction*. J Clin Psychiatry; 49:21-25
- 6/ BESHARAT M.A. (2001) *Management strategies of sexual dysfunctions*. Journal of Contemporary Psychotherapy,31,161-180.
- 7/ Sexual Medicine, *sexual dysfunctions in men and women*. 2nd International Consultation on Sexual Dysfunctions-Paris,

APPORT DU COUNCELING

T. TROUSSIER

Médecin de santé publique, sexologue
Paris, Ministère de la santé, DGS/bureau de lutte contre le VIH, les IST et les hépatites
Thierry.TROUSSIER@sante.gouv.fr

E. LE BLANC

Médecin généraliste, agréée CDAG, Nouvelle Calédonie

Le counseling appartient aux approches thérapeutiques centrées sur la personne. C'est une méthode d'intervention brève, structurée, basée sur l'écoute active, les théories de la motivation, de l'ajustement aux pressions externes et internes et de l'anticipation de l'incident critique. Elle peut être mise en oeuvre par des personnes formées. Elle privilégie un style de relation où l'empathie l'emporte sur l'autorité. L'intervention articule les dimensions de changement et de soutien.

En sexologie, cela inclut donc les dimensions d'éducation thérapeutique, de soutien psychologique et à l'observance thérapeutique, et d'apprentissage de stratégies motivationnelles de changement. Ce type d'intervention suppose la confiance dans le potentiel et les capacités de la personne à développer ses propres ressources face aux difficultés rencontrées dans sa sexualité, dès lors qu'on l'accompagne dans l'exploration de son potentiel érotique et affectif. Cette pratique est adaptée ici aux consultations de sexologie du couple, à partir d'un exemple clinique : l'éjaculation précoce.

Nous verrons comment à partir de cet exemple, les interventions ont permis de progresser vers une résolution de la plainte du couple.

A partir de la plainte du patient, on réalise l'exploration systématique des 3 déterminants qui interagissent sur la capacité érotique : celle-ci est influencée positivement ou négativement par des déterminants comportementaux (besoins physiques, contrôle physique), socio-émotionnels (le couple relationnel, le stress, les difficultés de communication) et psycho-cognitifs (la perte de la confiance en soi, ses croyances, ses distorsions cognitives et valeurs sous-jacentes à la dysfonction, la dimension de « l'excuse »).

La recherche des motivations sous-jacentes des deux protagonistes et des aspects multidimensionnels fluctuants de ces motivations, associant souvent ambivalence et « ratage » comme frein au processus de changement, permet de clarifier leurs attentes et leurs représentations de la sexualité, ainsi que les besoins sous-jacents. L'expression des sentiments est encouragée, en insistant sur les formulations positives de ce qu'on recherche, sur ce qui peut bloquer chez soi ainsi que chez la partenaire, mais sans laisser en définitive à celle-ci la responsabilité de son propre plaisir sexuel.

On informe le patient en lui expliquant les déterminants et processus psychophysiologiques de l'éjaculation chez l'homme, afin qu'il puisse prendre confiance en ses propres capacités et avoir une bonne observance, dans le cas où une aide médicamenteuse serait mise en place.

Ces étapes successives permettent donc au patient de formuler, avec l'aide du sexologue, un objectif thérapeutique clair, précis, quantifiable et mesurable par lui et sa partenaire, à sa portée, et ancré dans le temps (définition d'une première étape de transformation, avec une échéance temporelle déterminée). On explore ensuite avec lui les éventuels bénéfices secondaires du symptôme, afin que les changements envisagés soient écologiques pour lui et sa partenaire, et donc pérennes.

On tente de préciser avec l'homme les obstacles qui peuvent surgir à la mise en place des compétences acquises. L'utilisation par exemple de techniques de recadrage l'aideront à dissocier contexte et comportement, et lui permettra de porter un autre regard sur son problème. L'identification et la modification des schémas cognitifs élaborés pendant l'enfance à l'origine du non contrôle de son éjaculation. Ainsi anticipe-t-on les crises qui pourraient avoir un impact sur sa motivation, sa confiance, et la mise en œuvre de ses propres ressources.

Des exercices d'apprentissage allant de l'autoformation (auto-squeeze, la respiration) à la participation de la femme (Le contrôle sensitif comprend le " stop and go " du Docteur Semans, le " squeezing " de Masters et Jonhson puis la position d'Andromaque) se pratiqueront entre deux consultations. En effet, il est primordial d'impliquer la partenaire dans un rôle de soutien et de respect des étapes à franchir, en prenant en considération son vécu sensoriel et émotionnel de la dysfonction sexuelle.

Enfin, il ne faut rien tenir pour acquis, car la restauration du potentiel érotique est fluctuante. Les déterminants initiaux ne sont pas les mêmes que ceux mis en jeu dans la persistance d'une fonction érotique satisfaisante pour les deux membres du couple. Les consultations successives viseront donc à mesurer les changements de comportement effectivement induits dans la vie sexuelle, et le niveau de satisfaction sexuel et affectif obtenu. On s'assurera de l'absence d'obstacle nouveau, révélé au décours du processus de changement, et on aidera le cas échéant le patient à redéfinir un nouvel objectif, mieux adapté à ces nouvelles contraintes.

L'apport du counseling doit permettre une restauration de la fonction érotique à travers une meilleure estime de soi, un sentiment d'efficacité personnelle, une assurance sur sa motivation et l'acquisition progressives de compétences complémentaires.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNAUD-BEAUCHAMPS N., *les sexothérapies*, pp 348-353, in : P. Lopes, F.-X. Poudat (eds). Manuel de sexologie, Paris Masson 2007
- BECK, A.T. ; FREEMAN A, DAVIS D.D. *cognitive thérapy of personality disorders*, (eds). Guilford, 2007
- CUDICIO P., *L'éjaculation prématurée*, pp 157-162, in : P. Lopes, F.-X. Poudat (eds). Manuel de sexologie, Paris Masson 2007
- DINTRANS J.R., *Psychologie de la sexualité masculine*, pp 128-132, in : P. Lopes, F.-X. Poudat (eds). Manuel de sexologie, Paris Masson 2007
- LABAT J.J., *Physiologie de la réaction masculine*, pp 116-127, in : P. Lopes, F.-X. Poudat (eds). Manuel de sexologie, Paris Masson 2007
- POUDAT F.X., *Les thérapies cognitivo-comportementales*, pp 330-345, in : P. Lopes, F.-X. Poudat (eds). Manuel de sexologie, Paris Masson 2007
- TOURETTE-TURGIS C., REBILLON M., *mettre en place une consultation d'observance aux traitements contre le VIH/sida*, (eds). Paris- Comment Dire, 2002
- TOURETTE-TURGIS C., *le counseling*, édition PUF, coll. Que sais-je ? 1996
- WAYNBERG J., *Jouir c'est aimer*, (eds).Paris Milan 2004

LANGAGE CORPOREL ET INTIMITÉ

Martine POTENTIER

68 Bd Sébastopol - 75003 Paris
176 cours Lieutaud - 13006 Marseille
martinepotentier@free.fr

Nous allons parler de l'intimité et de ses signes qui sont des guides pour le partenaire érotique, mais aussi puisque nos patients ont failli dans cette habileté, par quel moyen leur donner des clés, pour qu'ils retrouvent le chemin tant espéré. Il est à noter déjà qu'il n'est pas inutile, la plupart du temps, de se rappeler que le corps « parle par tous ses pores » et qu'il n'y a qu'à « voir » et sentir.

Quels sont les signes du désir naissant vus de l'extérieur?

- Dans la distance : la couleur de la peau, les pupilles dilatées, les lèvres entrouvertes, la respiration amplifiée, les mouvements du corps qui s'harmonisent, tout cet ensemble émotionnel est palpable

Dans la relation sexuelle, avec l'érotisation et l'excitation, quels sont les signes de l'ouverture à l'autre ?

- Le regard se modifie, les lèvres de la bouche se gonflent, la salivation est plus importante, les lèvres du sexe de la femme sont en érection et s'ouvrent, on peut alors comparer l'érection de l'homme comme une ouverture aussi, l'écoulement vaginal (clair au départ devient plus visqueux) et prostatique, la respiration amplifiée est voluptueuse, le cœur est stimulé, et la peau change d'aspect, le visage prend des couleurs, les soupirs d'aise, les cris, les gloussements... *(Liao Yi Lin)

C'est un peu comme si la pulsion, puis le désir, puis l'émotion ouvraient le corps vers la bouche et que les lèvres se répondaient dans une ouverture centrale visible dans les yeux. Ce sont les signes synthétiques d'une alchimie complexe.

Tout cet ensemble émotionnel est palpable et « *nous ne saurions en faire une analyse sémiologique* » : P. Guiraud*. Ce langage qui nous colle tellement à la peau, prend ses racines avant que nous puissions nous exprimer avec des mots, il vient d'un moment de notre vie où l'image du corps s'est constituée. Comme le dit très bien Françoise Dolto *: « *l'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles,.... l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant* ».

C'est donc par un cycle d'interactions successives que dans le couple épanoui, l'harmonie se fait progressivement entre le voir, le sentir et les représentations, entre la distance et la fusion, la communication et la conscience.

C'est dans le contexte où les mots intelligibles n'ont plus leur place que la **thérapie corporelle en sexologie** est indispensable, en permettant une **expérience au sens fort du terme** puis des **apprentissages** qui seront après, librement intégrés dans l'intimité du couple.*(W.Pasini)

Quels en sont les outils ?

- **En couple** : La pratique du massage permet de vivre une situation intime et de partage, hors emballement sexuel, qui laisse alors la place pour apprendre à « lire » et à dire à l'autre. Le massage permet aussi d'expérimenter la passivité et l'activité en alternance et de re-trouver la joie de l'échange*v G.Leleu.

La sensualité : la sensibilisation, l'érotisation du toucher dans les doigts qui suivent sur la peau une sorte de fil conducteur. Les pensées, les images, les fantasmes viennent alimenter la créativité, puis on chemine d'une sensation à une autre, la pensée comme production du cerveau n'a plus de dis-

tance avec les autres sensations et procure une détente qui fait lâcher le mental, recentre l'activité globale vers le milieu du corps.

- La respiration abdominale pour une détente à deux,
- Les jeux de rôle pour faire émerger les non-dits, permettre des prises de conscience,
- Seul, dans le cadre d'une prise en charge du couple :
 - Se faire masser, notamment très apprécié des hommes qui peuvent alors se laisser à la réceptivité, et les femmes pour se ressourcer.
 - Le travail sur le périnée : représentation, appropriation, concentration, contrôle* (R. Leclerc).
 - La respiration abdominale et enchaîner sur la coordination bassin-gorge du réflexe d'orgasme.* (W.Reich).
 - La respiration inversée comprimée qui stimule le désir, renforce les sensations et le contrôle sexuel.* (Y.Réquena)
 - L'étirement des ceintures abdominale et scapulaire pour stimuler les réflexes de réharmonisation biologique que sont le bâillement, le soupir, l'évacuation des gaz, les gargouillements... bref, retrouver le plaisir du bien-être tout simple et apprendre à se le donner en écoutant les signes spontanés du corps.
 - La danse libre, le Qi Gong, (tchi gong),... pour développer les capacités psychomotrices, l'aisance, la force et la santé.

Tout ce travail se situe dans un cadre contractuel, pour l'établissement d'une relation thérapeutique dans un premier temps de verbalisation et faire émerger une prise de conscience.

Quand pour le couple ?

- Dans un continuum thérapeutique, la thérapie corporelle vient en duo avec une autre prise en charge. Plusieurs solutions sont possibles : en alternance de séances, avec une séance pour « faire le point » tous les mois, tous les trimestres, à la fin du processus corporel. Soit l'un des partenaires a besoin de faire un travail personnel (voir plus haut), soit le couple est envoyé pour un travail spécifique évoqué plus haut, la plupart du temps parce qu'ils ne communiquent plus, par et avec leur corps ce qui fait « tourner en rond » les entretiens avec l'autre soignant.
- En première intention, l'entretien préliminaire a permis de situer qu'on n'était pas dans une problématique médicale, ni psychiatrique.

Le couple sera pris en charge en séance individuelle, après un accord contractuel.* (M.Potentier)
Maintenant, il faut aussi parler des prises en charges, en groupe de couple qui sont à la marge des prises en charges thérapeutiques. Elles doivent pour un travail solide, s'inscrire dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique personnelle qui permet l'élaboration de ce qui est vécu pendant le groupe.

L'avantage des groupes est de permettre aux partenaires de sortir de l'isolement et de comprendre souvent qu'ils souffrent plus d'une absence de repères, d'un vide culturel que d'un véritable problème. Ces groupes sont alors un bon contenant, pour apprendre, poser des questions personnelles qui vont servir aux autres, apprendre un véritable savoir vivre en amour (Sexocorporel)* (JY. Desjardins), la sexualité dans l'érotisme et l'amour (Tantrisme)* (M. Ortolan), la santé et la sexualité pour la longévité (Taoïsme, Qi Gong)* (Y. Réquena).

BIBLIOGRAPHIE

- JY DESJARDINS, C.CRÉPAULT : « *Les corps érotiques* » 1981
- F. DOLTO : « *L'image inconsciente du corps* », coll. Point Essais, Seuil, 1992
« *La sexualité féminine* », coll. Point Essais, Seuil, 1976
- M EL FEKI, JY DESJARDINS, C CRÉPAULT, J BUREAU, *La sexothérapie* , De Boeck: 2007
- P. GUIRAUD : « *Le langage du corps* », Que sais je ? n°1850, Paris 1980
- R. LECLERC : « *Corps de mère, corps de femme* », Le cherche midi, Paris 2004
- G. LELEU : « *Le traité des caresses* », Flammarion, 1998
- M. ORTOLAN, J.LUCAS : « *Le Tantra* », coll. Champ d'idée, Le Souffle d'Or, Gap 2005
- W. PASINI : « *La place du corps en psychothérapie* », Payot, 1975
- M. POTENTIER : dans « *Dictionnaire de la sexualité humaine* » L'esprit du temps, 2004
- W. REICH : « *La fonction de l'orgasme* », l'Arche, 1997
- Y. RÉQUÉNA : « *Délicatessex* », Trédaniel, Paris 2007
- L. YI LIN : « *L'art d'aimer à la chinoise* » La Martinière, Paris 2007

SEXUALITÉS ASSISTÉES AU SEIN DU COUPLE

Pascal de SUTTER

Professeur au Master de l'Ecole Universitaire de Sexologie et Sciences Familiales
Co-Directeur du Certificat universitaire en sexologie clinique (Université Louvain)
Chef de service de l'unité de sexologie fonctionnelle de l'hôpital de Waterloo
Pascal.Desutter@uclouvain.be

1. Introduction

Les sexualités assistées sont des approches thérapeutiques inhabituelles qui s'adressent à une population particulière pour qui les sexothérapies "classiques" ne sont pas appropriées. Il s'agit notamment des sujets avec de graves handicaps physiques ou mentaux. On rencontre aussi des patients qui vivent en régions géographiquement isolées où il n'existe pas de thérapeute spécialisé disponible. Ou des personnes vivant dans des conditions socio-économico-culturelles très précaires. Ces individus n'ont pas non plus accès aux thérapies classiques. Enfin, il existe des hommes et des femmes qui bien que souhaitant vivre en couple, ont si peu d'habilités psychosociales, qu'elles sont incapables de trouver un(e) partenaire. Les sexualités assistées permettent à ces différentes personnes qui souffrent de dysfonctions sexuelles de trouver, malgré tout, une aide à leurs difficultés.

2. Types de sexualités assistées

2.1. Les services d'assistance sexuelle (sex surrogates).

Définition : L'assistance sexuelle est une réponse à des problématiques sexuelles spécifiques par des approches sexuelles et sensuelles nuancées, différentes de celles apportées par des prostituées. Il s'agit d'échanges intimes pouvant aller jusqu'au rapport sexuel complet. Toutefois, le coût n'intervient pas toujours et ne compte que pour environ 10% du temps consacré à l'intervention de l'assistante sexuelle (Le féminin sera utilisé car c'est une profession majoritairement féminine).

Offre de service : Utiliser un(e) professionnel(le) du sexe pour aider à régler un problème sexuel est une pratique qui existe depuis la plus haute antiquité. Dans les faits, avec ou sans l'assentiment du sexologue, des patients choisissent de « s'essayer » avec une prostituée avant de tenter leur chance avec une nouvelle partenaire ou leur compagne habituelle. Toutefois, constatant que nombres de prostituées n'avaient aucun talent thérapeutique et se comportaient parfois de manière à aggraver la dysfonction sexuelle, certains thérapeute décidèrent d'opérer une forme de sélection. La revue de littérature nous montre que dès le XIXe siècle des médecins travaillaient en collaboration avec des courtisanes pour offrir de l'aide à leurs patients complexés, impuissants ou handicapés. Ils choisissaient les "femmes de petite vertu" qui possédaient comme vertu des talents d'écoute et de compréhension. Il faut dire, qu'à cette époque, il existait au sein de la population une certaine tolérance pour les maisons de tolérance... Au courant du XXe siècle les maisons closes se sont closes... Mais cette pratique d'assistance sexuelle par des personnes sélectionnée s'est poursuivie auprès de certains médecins et sexothérapeutes européens et américains. Les célèbres William Master et Virginia Johnson contribuèrent à la renommée de cette pratique. Les partenaires sexuelles de substitution (*sex surrogates*) revendiquent un statut à part entière et ne se considèrent nullement comme des prostituées. Elles (il s'agit majoritairement de femmes) se sont regroupées en une association professionnelle des *surrogates* (**IPSA** : *International Professional Surrogates Association*). Plusieurs pays européens ont développé des associations prodiguant ce type de sexualité assistée : Hollande (SAR - *Stichting Alternatieve Relatiebemiddeling*), au Royaume Uni (U.K.S.H.C. *Surrogate Partner Therapy*), en Allemagne (Sensis) en Suisse (SEHP, *Pro Infirmis* et Fabs) en Flandre (SENSOA). En Wallonie ces pratiques sont tolérées mais n'ont pas encore d'existence légale. Il n'existe pas d'association officielle en France car, aux yeux de la législation française (article 225-5 du code pénal), le

sexologue qui ferait appel pour ses patients aux services d'assistance sexuelle pourrait être accusé de proxénétisme.

Population : Les assistantes sexuelles sont soit des personnes possédant déjà un diplôme paramédical et qui se sont spécialisées dans ce domaine, soit des prostituées qui ont suivi une formation thérapeutique spécifique. Elles (ou ils) offrent des services hétéro ou homosexuels. Actuellement, les clients sont majoritairement handicapés et...célibataires. On imagine que cela demande une grande dose de tolérance pour qu'un membre du couple accepte que son/sa partenaire aie des relations sexuelles complètes avec une personne de substitution. Mais exceptionnellement l'assistance sexuelle peut s'adresser à des sujets très inhibés sexuellement ou à des couples en situation particulière (aversion sexuelle d'un membre du couple, échec face aux thérapies classiques, etc.)

Objectif : l'assistance sexuelle a pour objectif de donner au patient (qui n'a pas de partenaire sexuellement disponible ou compétente) l'opportunité d'expérimenter des situations sexuelles ou sensuelles. Idéalement, cette expérience est complétée par le suivi sexothérapeutique d'un(e) sexologue. Le but est de construire ou restaurer le fonctionnement sexuel. En ce qui concerne le handicap mental, il peut s'agir de fournir une explication guidée sur les habilités sexuelles de base (touchers érotiques, caresses, masturbation, etc.)

Intérêts et limites : Les partisans de cette méthode affirment obtenir des taux d'amélioration de près de 90% mais ils se basent seulement sur leur propre expérience sans utiliser de groupe contrôle. En théorie, pouvoir mettre en pratique des moyens sexothérapeutiques avec une personne spécialement entraînée pour cela semble la solution idéale. En effet, l'assistante sexuelle est habituée aux techniques sexothérapeutiques, elle rassure le patient et diminue son angoisse de performance. Elle peut transmettre au sexothérapeute des informations précieuses sur le déroulement du rapport sexuel. En pratique, ce type de méthode rencontre plusieurs difficultés. Tout d'abord, le succès du patient avec l'assistante sexuelle ne garantit pas qu'il puisse fonctionner avec une partenaire "bénévole" pour qui il éprouvera de forts sentiments et qui se montrera peut-être moins compréhensive. On ne peut exclure une possibilité de "dépendance" à l'assistante sexuelle. Ensuite le coût de ce type de traitement (Entre 100 et 200 euros la rencontre avec l'assistante sexuelle + les honoraires chez le sexologue) le réserve à une clientèle plutôt aisée (Dans certains pays européens ces services sont remboursés par la sécurité sociale aux handicapés). Toutefois, cette méthode permet habituellement des progrès rapides (10 à 20 séances). L'inconvénient majeure est que cette technique est conçue essentiellement pour les célibataires et n'est habituellement pas proposée aux personnes vivant en couple. En outre, même pour un sexothérapeute rigoureux, il est difficile d'exercer un contrôle strict sur ses collaborateurs et collaboratrices *surrogates*. On ne peut pas non plus exclure le risque de transmission de maladies. Enfin, ce type de traitement soulève des questions d'ordre éthique : quel rôle joue l'argent dans ce type de transaction ? Quels critères de qualification et de sélection des assistant(e)s sexuel(le)s doit-on mettre en place ? Jusqu'où peut aller la relation entre le patient et l'assistant sexuel ?

2.2. Les aides directes au fonctionnement sexuel.

Définition : Il s'agit d'actes où il existe un contact physique direct entre le thérapeute et les organes génitaux du patient avec pour unique objectif d'apporter une aide sexothérapeutique à la personne.

Offre de service : Dans tous les pays européens, les organisations professionnelles des professions paramédicales possèdent un code éthique permettant des touchers des organes sexuels dans un but thérapeutique. Les médecins, infirmières, aides-soignantes ou kinésithérapeutes ont l'habitude d'entrer en contact avec l'intimité des patients. La situation est plus sensible dans le cadre de la sexologie clinique. En effet, les sexologues ne sont pas toujours des médecins. Un psychologue, psychothérapeute ou autre professionnel formé à la sexologie clinique se place en situation délicate s'il touche les parties sexuelles d'un(e) patient(e). Des "thérapeutes sexuels" offrent aussi des services de massage "sensoriels" ou les caresses vont jusqu'à des toucher génitaux. Ce genre de pratique possède une existence officielle aux Pays-Bas et au Danemark. Elle est tolérée dans le cadre de groupes privés en Wallonie. En France, la loi interdit aux professionnels paramédicaux d'offrir des actes de nature sexuelle.

Population : Les prestataires de ce type de service devraient être des professionnels de la santé diplômés (mais ce n'est pas toujours le cas). Les patients sont des personnes dont la problématique

sexuelle justifie un contact génital direct ou dont l'handicap est important.

Objectif : Le toucher génital doit toujours se justifier thérapeutiquement. Il ne devrait être pratiqué que quand aucune autre solution efficace n'est possible. Par exemple, dans le cas d'un trouble érectile majeure le sexologue-urologue doit prendre en main le pénis du patient pour y faire une injection intracaverneuse. Ensuite, il doit s'assurer de la qualité de l'érection. Pour certaines forme de vaginisme, le kinésithérapeute spécialisé en périnéalogie peut effectuer un toucher intravaginal pour permettre à la patiente une prise de conscience de sa musculature interne et de démarrer un traitement spécifique. Des massothérapeute-sexologues se servent du massage sensuel (y compris des organes génitaux) dans un but sexothérapeutique. Cela s'utilise, par exemple, pour aider d'anciennes victimes d'abus sexuel ou des phobiques du toucher. Cela permet parfois à un membre du couple à apprendre comment mieux caresser son ou sa partenaire. Enfin, des couples handicapés physiques ou mentaux sont quelques fois incapables de subvenir seuls à leur fonctionnement sexuel. Une aide concrète peut être prodiguée. Il s'agit notamment de soins de nursing précédant l'acte sexuel ou d'aide au positionnement du couple pour l'échange sexuel. Cette aide peut aller jusqu'à l'intromission du pénis dans le vagin. Mais généralement, le professionnel aidant quitte la chambre lorsque la relation démarre et laisse le couple handicapé dans l'intimité.

Intérêts et limites : Pour certains handicapés, il s'agit parfois de la seule et unique façon de pouvoir vivre une forme de sexualité en couple. Sans aide, ils n'y arriveraient tout simplement pas. Pour les autres patients, ces actes sont justifiés par le fait que dans certains cas on ne peut obtenir une amélioration du fonctionnement sexuel sans une intervention directe sur les organes génitaux. Toutefois, ce contact devrait toujours être clairement explicité au patient et effectué avec son assentiment préalable. Cliniquement et scientifiquement, rien ne justifie que le patient en sexologie subisse *systématiquement* un examen physique complet des organes génitaux ou des toucher de ses parties intimes par le sexologue.

2.3. Les outils d'assistance sexuelle

Définition : Il s'agit d'outils divers qui ne sont pas de l'ordre du médicament, de la parole ou du toucher habituellement prodigués dans une sexothérapie classique. Il peut s'agir de vibromasseurs, anneaux péniers, pompes à dépression, de *sex-toys*, de DVD, de livres, d'images, de cassettes audio enregistrées etc. Ces outils ont pour point commun de posséder un objectif sexothérapeutique.

Offre de service : Internet, les *sex-shops* et autres *love-shops* offrent foison de dispositifs d'aide au fonctionnement sexuel. Malheureusement, ces outils sont rarement validés scientifiquement. Il est difficile pour le patient de faire la part de ce qui est efficace est de ce qui relève du charlatanisme. Il existe pourtant plusieurs études qui ont validé scientifiquement

l'efficacité sexothérapeutique de certains DVD sexo-pédagogiques, de cassettes thérapeutiques ou de la bibliothérapie à usage sexologique. Ces études sont souvent méconnues du grand public et des sexologues cliniciens européens. En effet, si au Canada 68% des psychologues utilisent la bibliothérapie en parallèle avec une thérapie traditionnelle, ce n'est le cas que pour 27% des psychologues en Wallonie. L'usage est encore moins fréquent en sexologie.

Population : Idéalement, les outils d'assistance sexuelle devraient être conçus et scientifiquement validés par des experts. Ce type d'outil devrait servir à aider des patients n'ayant pas accès aux sexothérapies classiques (conditions socio-économiques précaires, isolement géographique, etc.) ou en combinaison avec une sexothérapie classique afin de la potentialiser ou de la rendre plus rapide et plus efficace. En pratique, tout le monde peut fabriquer des outils d'assistance sexuelle et tout le monde peut se les procurer.

Intérêts et limites : Les outils d'assistance sexuelle offrent une aide à des personnes qui sans cela ne pourraient pas avoir accès aux sexothérapies classiques. Par ailleurs, combinés avec une sexothérapie, ils peuvent parfois en augmenter le taux de succès. Le problème se situe dans le manque d'études scientifiques pour évaluer l'efficacité réelle de tous ces outils.

3. Discussion

Le premier défi des sexualité assistées est d'ordre moral. En effet, il ne s'agit pas que d'éthique. Tout d'abord, se pose la question pour l'individu de savoir jusqu'où il est prêt à aller pour améliorer son fonctionnement sexuel. Ensuite, se pose le dilemme moral du couple de savoir si on accepte que

son(sa) partenaire (ou les deux) se serve de moyens non-conventionnels en sexothérapie. Les conventions sociales et morales des diverses sociétés humaines jouent aussi un rôle majeur. Ainsi on voit que ce qui est considéré comme acceptable au Danemark ou aux Pays-Bas et perçu comme répréhensible en France ou au Maroc. Des pratiques admises comme modernes et libertaires dans les années 1970 sont vues 30 ans plus tard comme abusives et inadmissibles. On observe à ce sujet un certain retour du puritanisme en Occident et ailleurs. A contrario, il est indéniable que ces sexualités assistées sont parfois détournées dans un but mercantile. Elles peuvent aussi servir d'alibi à des pratiques d'abus sexuels des patients. Diverses malheureuses affaires (largement exploitées et publicisées par les médias) nous ont montré que quelques individus pouvaient se servir de la sexologie clinique pour assouvir leurs propres déviances sexuelles. C'est pourquoi, nous estimons qu'il est prudent de ne se servir des méthodes les plus équivoques qu'en dernier recours. La sexologie clinique possède suffisamment d'autres moyens efficaces que pour recourir sans discernement aux services de sexualités assistées. Le deuxième défi est d'ordre scientifique. Il faut poursuivre la recherche afin de pouvoir clairement établir l'efficacité, l'utilité et les situations particulières où le recours aux sexualités assistées est pleinement justifié.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ADAMS, S., PITRE, N. (2000). Who uses bibliotherapy and why ? A survey from an underserved area. *Canadian Journal of Psychiatry*. Vol.45 (7), 645-649.
- AGTHE C. ; VATRE, F. (2006) Accompagnement érotique et handicaps : au désir des corps, réponses sensuelles et sexuelles avec cœur, Lyon, *Chronique sociale*, 157 p.
- American Association of Sex Educators, Counselors, and Therapists. (1978). *AASECT code of ethics*. Washington, DC: AASECT.
- APFELBAUM, B. (1977). The myth of the surrogate. *Journal of Sex Research*, 13(4): 238-249.
- BRAUN, S. (Ed.). (1975). *Catalog of sexual consciousness*. New York: Grove Press, pp. 135-137.
- BROWN, D. A. (1981). An interview with a sex surrogate. In D. A. Brown & C. Chary (Eds.), *Sexuality in America* (pp. 301-317). Ann Arbor: Greenfield Books.
- DE SUTTER P. & REYNAERT C. (2004) Bibliotherapy: a tool in sex-therapy. *Journal of the British Association for Sexual and relationship Therapy*. Vol 19. U.K.
- DE SUTTER, P., REYNAERT C., VAN BROECK, N., DE CARUFEL, F. (2002) Traitement de l'éjaculation précoce par une approche bibliothérapeutique cognitivo-comportementale sexologique. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 12,4,131-136.
- International Professional Surrogates Association. (n.d.). *General information about IPSA and surrogates*. Los Angeles: IPSA.
- JACOBS, M., THOMPSON, L. A., & TRUXAW, P. (1975). The use of sexual surrogates in counseling. *The Counseling Psychologist*, 5(1): 73-77.
- LILY, T. (1977, March). Sexual surrogate: Notes of a therapist. SIECUS Report, 12-13.
- MASTERS, W. H., & JOHNSON, V. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown, pp. 146-156.
- NOONAN, R. J. (1995). *Sex surrogates: A clarification of their functions*. SexQuest / The Sex Institute.
- NUSS, M. (2008). *La présence à l'autre. Accompagner les personnes en situation de grande dépendance*, Paris, Dunod
- ROBERTS, B. (1981). Surrogate partners and their use in sex therapy. In D. A. Brown & C. Chary (Eds.), *Sexuality in America* (pp. 283-300). Ann Arbor: Greenfield Books.

- SOULIER, B. (2001). *Aimer au-delà du handicap. Vie affective et sexualité du paraplégique*, Paris, Dunod, 2e éd.
- SOULIER, B. (2001) *Un amour comme tant d'autres ? Handicaps moteurs et sexualité*. Paris, Apf
- SYMONDS, C. (1973, September). Sex surrogates. *Penthouse Forum*. Quoted in S. Braun (Ed.), (1975), *Catalog of sexual consciousness* (p. 137). New York: Grove Press.
- Williams, M. H. (1978). Individual sex therapy. In J. LoPiccolo & L. LoPiccolo (Eds.), *Handbook of sex therapy* (pp. 477-483). New York: Plenum Press.
- WOLFE, L. (1978). The question of surrogates in sex therapy. In J. LoPiccolo & L. LoPiccolo (Eds.), *Handbook of sex therapy* (pp. 491-497). New York: Plenum Press.

LES MÉDICAMENTS DE LA SEXUALITÉ DU COUPLE ET LES TRAITEMENTS LOCAUX

François GIULIANO

Neuro-Uro-Andrologie,
Service de Médecine Physique et de Rééducation,
AP-HP, hôpital Raymond Poincaré,
104 bd Raymond Poincaré, 92380 Garches
giuliano@cyber-sante.org

La recherche clinique visant à étudier l'effet de médicaments sur la sexualité humaine a quinze ans. Durant cette période ont été développées et validées des techniques visant à évaluer des substances pharmacologiques agissant non seulement sur la fonction érectile, mais également sur le délai pour éjaculer, le désir féminin voire la réponse vaginale à une stimulation sexuelle. Ces évaluations sont essentiellement réalisées à l'aide de questionnaires parfois il s'agit d'instruments de mesure objective des réponses sexuelles (Rigiscan, Buckling test, photopléthysmographe vaginal, éjaculomètre ...). Par définition ces dernières mesures instrumentales concernant exclusivement l'homme ou la femme recevant le traitement médicamenteux à évaluer. En ce qui concerne les questionnaires ils se sont intéressés essentiellement aux patientes ou aux patients souffrant de la dysfonction que le médicament est censé améliorer. Quelques travaux ont impliqué la partenaire du patient souffrant d'une dysfonction sexuelle et traité par le médicament à l'étude. Il s'agit alors de ce qui communément appelé le « questionnaire partenaire ». Ces questionnaires ont été développés au cours des évaluations d'efficacité des traitements oraux de l'insuffisance érectile et de l'éjaculation prématurée. Globalement il existe une excellente corrélation entre les données concernant l'effet d'un traitement donné renseignées par le patient ou sa partenaire.

De rares études ont concerné la qualité de vie sexuelle des partenaires féminines, leur satisfaction vis à vis de la sexualité ou la sexualité des femmes des patients traités pour insuffisance érectile. Les quelques données disponibles sont en faveur de l'interdépendance des aspects fonctionnels et de la satisfaction sexuelle au sein du couple. Ceci semble plaider en faveur de l'implication de la partenaire dans la prise en charge de l'homme insuffisant érectile.

Il n'existe pas d'informations sur les partenaires des patients insuffisants érectiles traités par des médicaments à délivrance locale.

On ne dispose d'aucune information sur les partenaires des femmes souffrant de dysfonction sexuelle ayant participé à des essais cliniques.

Globalement la « dimension couple » a été peu explorée à l'aune de la méthode expérimentale. Ceci est sans doute en partie dû à la difficulté technique d'une telle recherche. Une réflexion devrait être conduite en vue de la mise au point d'une méthodologie de recherche pertinente et standardisée permettant de mieux apprécier l'impact sur le couple de la prise en charge de l'un des ses membres souffrant d'une dysfonction sexuelle.

Ceci ne doit pas empêcher, lorsque s'avère possible, d'impliquer au quotidien le ou la partenaire de la patiente ou du patient dans la prise en charge thérapeutique.

QUELQUES RÉFÉRENCES

- CHEVRET-MÉASSON M, LAVALLÉE E, TROY S, ARNOULD B, OUDIN S, CUZIN B. *Improvement in Quality of Sexual Life in Female Partners of Men with Erectile Dysfunction Treated with Sildenafil Citrate: Findings of the Index of Sexual Life (ISL) in a Couple Study.* J Sex Med. 2009 Jan 7[Epub ahead of print]
- HEIMAN JR, TALLEY DR, BAILEN JL, OSKIN TA, ROSENBERG SJ, PACE CR, CREANGA DL, BAVENDAM T. *Sexual function and satisfaction in heterosexual couples when men are administered sildenafil citrate (Viagra) for erectile dysfunction: a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled trial.* BJOG. 2007;114(4):437-47
- GOLDSTEIN I, FISHER WA, SAND M, ROSEN RC, MOLLEN M, BROCK G, KARLIN G, POMMERVILLE P, BANGERTER K, BANDEL TJ, DEROGATIS LR; VARDENAFIL STUDY GROUP. *Women's sexual function improves when partners are administered vardenafil for erectile dysfunction: a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled trial.* J Sex Med. 2005;2(6):819-32

ETUDE COMPARATIVE DES SYSTÈMES THÉRAPEUTIQUES : APPLICATION AUX SEXOTHÉRAPIES

Mireille BONIERBALE

Psychiatre sexologue
CHU Ste Marguerite - Marseille 13009
mireille.bonierbale@wanadoo.fr

L'objet de la sexologie n'est pas simplement la fonction sexuelle mais le patient à qui son sexe donne son identité d'homme ou femme, dont son désir l'anime, et ce dans une dialectique qui dépend de son histoire de son environnement et de son couple réel ou imaginaire.

Ainsi les systèmes thérapeutiques dont sont issus les sexothérapies empruntent ils au domaine des psychothérapies et depuis l'apparition des médicaments sexo-actifs à celui des thérapies combinées.

La naissance des sexothérapies est liée à un double courant :

- une évolution des idées et des modalités de prises en charge dans le domaine des psychothérapies
- une évolution des idées et des connaissances de la sexualité humaine ; depuis des « terra incognita » aux molécules sexo-actives

Deux grandes lignes sous tendent les prises en charges qui en découlent

- recréer les *conditions favorables à une sexualité épanouie* avec des thérapies de développement personnel (inhibitions, dysharmonies, concepts erronées, méconnaissances)
- *identifier et traiter ou « dissoudre » un obstacle* psychique, interactif, ou physique au fonctionnement sexuel (troubles de la communication, de la personnalité, traumatismes, événement de vie, dépression, pathologie médicale)

La caractéristique de la tâche du praticien consulté pour une difficulté sexuelle (DS) va être ;

- de se situer de façon interactive ouverte, afin de permettre une orientation thérapeutique large et adaptée tant pour l'individu que pour le couple
- qui renvoie par la technique même de l'entretien les éléments permettant au couple de saisir toutes les données de leur problème
- et qui ne soit pas sélective sur un seul aspect de la DS (performance). Ce point est fondamental car il faut admettre que c'est le patient et le couple qui ont des clés qu'ils n'exprimeront que si le savoir faire du praticien le leur permet.

Le développement des systèmes thérapeutiques adaptés à la sexualité fait un premier saut sémantique avec **Sigmund Freud** (1865-1939) : il place la sexualité humaine, dans un processus d'identification sexuelle précoce et de processus inconscients révélés par les choix de vies, les répétitions, les conduites d'échec, et autres symptômes. Dans ce type d'approche, le sexuel est signifiant, indicateur et témoin de l'histoire personnelle de chacun.

Henry Havelock Ellis (1859-1939) introduit le relativisme et à l'ère du Victorianisme travaille sur la pudeur, et le principe de différence entre les individus (ce qui est bon pour soi n'est pas absolument bon pour l'autre). Ce principe va intervenir dans le décodage des mécanismes de projection de la sexualité du couple (sensitive focus).

Theodoor Hendrik Van de Velde (1873-1937) dans la même lignée travaille sur les systèmes de valeur, le jugement moral, et leur impact sur la sexualité. Dans son guide pour les couples légitimes, il souligne que les sens ne suivent pas toujours le cœur (dissociation affectivité sexualité) et il s'y

fait l'avocat d'une bonne connaissance de la sensualité dans la vie érotique (*Le Mariage parfait* (1926))

Après que **Alfred Charles KINSEY** (1894-1956) ait inauguré une ère plus scientifique avec l'apparition des statistiques portant sur les comportements sexuels (*Le comportement sexuel de l'homme* (1948) *de la femme* (1953)) , **William MASTERS**, et **Virginia E. JOHNSON** inaugurent de leur côté dans les années 60 à 70 une étude de la connaissance de la physiologie sexuelle avec des mesures objectives des réactions sexuelles du corps humain. Leurs recherches intégrées dans un béhaviorisme naissant, mettent en place des premières thérapies sexuelles, qui s'adressent au couple et non plus à l'individu, inscrivant la sexualité dans une interaction, dont de nombreux aspects restent très modernes, et basées sur des consignes thérapeutiques visant à développer des habiletés sexuelles et à focaliser le couple sur la sensorialité et non sur l'activité sexuelle (afin de libérer la réponse sexuelle inhibée).

Le saut qu'ils font faire dans les systèmes thérapeutiques de la sexualité est triple:

- introduction de la notion de *dysfonctionnement sexuel* qui traduit une réponse sexuelle périphérique défaillante. Leur description des altérations physiologiques du cycle sexuel sert toujours de base aux classifications des difficultés sexuelles dans le DSM IV
- introduction de la notion *d'interaction* avec prise en compte du système du couple et de l'environnement et du contexte dans lequel il se trouve, introduction de l'analyse fonctionnelle "ici et maintenant", de la consultation à deux, et de la place du partenaire dans la prise en charge des difficultés sexuelles.
- Minimisation de l'association; *névrose et difficultés* sexuelles issues des théories freudiennes. L'analyse de la souffrance sexuelle se fait moins en terme d'histoire complexe qu'en terme de *défait d'apprentissage, de choix de partenaire inadéquat, d'attentes disharmonieuses dans le couple*.
- La sexothérapie de *reprogrammation comportementale* a toute sa place et son efficacité. Les différentes variations des exercices sexuels dépendent du symptôme visé mais ont une trame commune de mise en situation et de confrontation à l'intimité et aux attentes différentielle dans le couple dont le management permet ensuite toutes les adaptations selon le symptôme spécifique.

Les résultats très positifs de prise en charge des DS par les sexothérapies de Masters et Johnson vont s'avérer difficilement reproductibles par la suite; avec le recul on constate qu'ils évaluent leurs résultats à partir de *populations très sélectionnées* d'où est éliminé tout individu qui ne correspond pas au système thérapeutique qu'ils ont mis en place (sans population témoin). On peut se questionner sur la place de leur aura vis à vis des résultats qu'ils affichent et dans les difficultés que d'autres auteurs, bien qu'utilisant le même système thérapeutique auront à retrouver ces résultats. *Ainsi a t on l'attention attirée sur le rôle de l'effet d'annonce, et de la place importante de l'effet placebo et de l'alliance thérapeutique dans la prise en charge des DS.*

Les sexothérapies s'adressent en priorité **au couple** et à ses interactions dans le rapport sexuel. Par la suite les variations apportées à ce schéma sont nombreuses *selon la formation et la compétence du thérapeute dans un champ particulier.*

L'apport le plus novateur fut d'associer des interventions psycho dynamiques et systémiques sur cette prescription d'exercices sexuels avec Helen S Kaplan qui vient là en *précurseur du mouvement intégratif qui s'installe par la suite dans les sexothérapies.*

Pour HS Kaplan les objectifs secondaires sont toujours ceux de Masters et Johnson mais pour les thérapeutes formés à la lecture psychodynamique, elle met l'accent sur *l'utilisation de l'émergence en situation de la confrontation à l'exécution des consignes thérapeutiques à un conflit précédemment ignoré.* Ainsi pour elle, le temps :

- de l'élucidation par la confrontation aux résistances et résurgences,
- la lecture des réactions positives et négatives pendant le temps de concentration sensorielle du « sensate focus »,

- et l'observation du type d'interactions du couple dans les échanges sensuels, (comment on donne et on reçoit, on accepte et on refuse les caresses de l'autre, quelles attitudes ; d'écoute ou d'opposition, quelle position dans le couple : maître-élève, enfant-parent, soumission-domination, etc..)
- sont les outils essentiels de la sexothérapie.

Un des objectifs de la sexothérapie à la HS Kaplan est d'*amener le patient à fonctionner de manière satisfaisante au moins une fois et lui donner le moyen d'être compétent sur son fonctionnement* : de saisir le " comment ça marche " pour lui mettre le pied à l'étrier.

Helen S Kaplan souligne que le degré de vulnérabilité de la réaction sexuelle face au stress diffère considérablement d'un individu à l'autre et que les patients souffrant de troubles sexuels y sont sans doute extrêmement sensibles (*elle introduit ainsi le concept de vulnérabilité lié au fonctionnement personnel*) ; la thérapie sexuelle ne modifie en rien cette vulnérabilité fondamentale, mais le couple apprend, grâce à elle à créer des situations sexuelles moins tendues permettant une resynchronisation et une reprise des interactions, c'est un travail de réaménagement.

Les points d'impacts sur lesquels peuvent agir les systèmes thérapeutiques impliqués dans la prise en charge d'une DS dans le couple sont donc pratiquement tous listés :

- *un dysfonctionnement sexuel*
- *une interaction ; communication et harmonie du couple*
- *une problématique actuelle : événement de vie, environnement*
- *une problématique personnelle : apprentissage, vulnérabilité psychologique, traumatisme psychologique, une dépression, un trouble de la personnalité,*
- *des facteurs de maintien*

Etat des lieux de la prise en charge des dysfonctionnements et difficultés sexuelles du couple ;

1) Intérêts et limites des sexothérapies

Ces méthodes sont parfaitement adaptées :

- aux troubles sexuels conséquences d'un manque de connaissance de la physiologie sexuelle d'où le succès de ces méthodes dans les années 60-70 où parler de sexualité n'était pas courant,
- ou à une mauvaise communication sexuelle au sein du couple.

Dans les cas où le symptôme sexuel trouve son origine dans des conflits inconscients, la sexothérapie ne pourra pas tout résoudre, mais elle permettra au couple de mieux se comprendre, d'adapter sa sexualité ou d'envisager une autre démarche de thérapie plus adéquate.

2) Les sexothérapies actuelles ont empruntées aux **TCC** des variations plus cognitives qui permettent de jouer sur des mécanismes particuliers associés aux difficultés sexuelles comme l'anxiété, la dépression, les TOC, le manque d'affirmation de soi, les conduites évitantes.

Les thérapie d'affirmation de soi, et le développement des habiletés sociales (timidité, séduction,) l'Apprentissage social : principe d'apprentissage par imitation de modèle développé par Bandura (1977) ont été repris dans les sexothérapies devant l'importance des phobies sociales qu'on rencontre dans de nombreuses DS (EP, Vaginisme, inhibition anxieuse de l'érection etc). Bandura a aussi développé une théorie générale du changement en psychothérapie en postulant une dimension particulière du fonctionnement mental : l'efficacité personnelle perçue.

Ainsi le sentiment d'impuissance appris face à des événements aversifs jouerait un rôle central dans la psychopathologie. L'impuissance apprise et la perte de l'efficacité personnelle perçue peuvent rendre compte des réponses de stress, d'anxiété et de dépression et donc de DS.

Le changement psychothérapique a lieu dans la mesure où un sujet se considère, à nouveau, comme capable de présenter un comportement et qu'il pense que ce comportement aboutira à un résultat. Modifier les attentes de résultats et d'efficacité est un principe général de changement utilisable en

psychothérapie. Il s'agit donc d'une interprétation cognitive des théories de l'apprentissage.

3) Les thérapies centrées sur le corps vont apporter d'autres points d'impact en agissant sur les tensions corporelles, le manque de concentration et d'écoute du soi sensuel, et les inhibitions. On y trouve :

- Les techniques de JY Desjardins qui empruntent à des approches dérivées de la bioénergie .
- Des massages de réappropriation et resensorialisation et travail sur la cuirasse musculaire, dont les massages californiens ont été un des premiers exemples spectaculaires en sexologie à l'époque Hippie.
- Les relaxations ont trouvé en sexologie un terrain de choix (7 méthodes de relaxation dont les plus connues sont le training autogène de Schultz et la méthode d'Ajuriaguerra-Sapir)

Ici aussi le but recherché passe par la détente agissant sur l'angoisse, sur le schéma corporel, le renforcement du narcissisme du sujet ; une meilleure conscience de soi.

4) Les autres points ; comme *les interactions ; communication et harmonie du couple* sont abordés par les différentes techniques de prise en charge du couple mais il faut être conscient que les patients à difficultés sexuelles ne viennent qu'exceptionnellement en couple et quand ils se sont informés sur les sexothérapies. Quand ils viennent à deux en général leur climat relationnel est bon et les techniques classiques comme celle des « I-messages » appliquée au « sensate focus » suffit à permettre de recentrer les différences de fonctionnement et faire élucider les différences d'attentes. Par contre le plus souvent ; le porteur de symptôme vient seul et pour décrypter le mécanisme du couple et sa place comme déclenchement ou maintien du symptôme, cela nécessite pour être éclairé de demander à le rencontrer.

La surgissent plusieurs obstacles ;

- Il faut avoir le savoir faire pour faire passer un message que le partenaire éventuellement dysfonctionnel n'élude pas par un « ce n'est pas moi qui suis malade, je fonctionne parfaitement bien »
- Lorsque le partenaire vient il faut être suffisamment formé aux techniques systémiques ou Rogeriennes (reformulation positive) pour pouvoir obtenir l'accompagnement utile à la prise en charge du symptôme.
- Voir le partenaire c'est savoir s'en faire un allié thérapeutique neutre ; mais pas un contrôleur de l'évolution du traitement comme beaucoup de protocoles d'études cliniques de prescription de produits sexo-actifs le font ; ce n'est pas le même cadre.
- Si on détecte un problème de communication majeur il faut savoir poser avant de démarrer la prise en charge de la dysfonction sexuelle et faire une thérapie de la communication.

5) Recherches sur les effets thérapeutiques de la psychanalyse sur la sexualité

Knight (1941) a proposé la synthèse des cinq grandes études portant sur l'évaluation systématique des effets thérapeutiques de la psychanalyse (années 1920-1940)

Les 952 cas appartenaient à 6 types de diagnostics (névroses, psychoses, troubles du caractère, troubles psychosomatiques, troubles sexuels et alcoolisme). Évaluation portée sur les 600 cas ayant été en traitement au moins 6 mois (30,7% d'abandon avant). Les critères retenus pour évaluer les résultats ne sont pas décrits de manière détaillée. Il s'agit selon Knight d'un jugement global porté sur chaque cas en tenant compte des 5 composantes suivantes :

- Amélioration au plan symptomatique
- Amélioration de l'activité professionnelle et mise au service du travail de l'énergie autrement liée à l'agressivité
- *Amélioration du fonctionnement sexuel et de la vie amoureuse en général*
- Amélioration des relations d'objet (diminution de l'ambivalence, augmentation de la solidité des relations interpersonnelles et de la loyauté)
- Apparition d'une capacité de prise de conscience permettant de faire face au conflit psychique et au stress quotidien

Classification médicale des résultats (guéri - très amélioré // peu ou pas amélioré - aggravé). Le

pourcentage de patients guéris ou très améliorés varie en fonction du diagnostic (68% pour les troubles psychosomatiques, 63,2% pour les névroses, 56,6% pour les troubles du caractère, 48,5% pour les troubles sexuels, 37% pour l'alcoolisme et 25% pour les psychoses) mais les résultats tendent à montrer que la cure analytique a une certaine efficacité thérapeutique.

Toutefois les patients venant consulter pour DS ne sont passible de travail psychanalytique *que si leur problématique névrotique est au premier plan* et qu'ils puissent après un travail d'évaluation *en faire la demande*, leur vie sexuelle globale peut s'en trouver améliorée

6) La *sexo analyse* qui est issue des approche psychanalytiques et dont lieu de travail passe par l'imaginaire le symbolisé et le rapport au corps : l'utilisation de la fantasmagie dans le diagnostic et le traitement des trouble sexuels, par l'analyse du contenu fantasmagie par les liens qui le rattache à la problématique sexuelle et les prises de conscience qu'en fera le patient, puis par la modification de l'imaginaire érotique comme moteur de changement.

Dans la *sexoanalyse*, c'est la compréhension de l'imaginaire érotique qui permet la compréhension de la dynamique sexuelle et du désordre sexuel

A l'opposé des approches behavioristes, la voie royale est le fantasme et non le comportement (J Peyranne).

On trouve peu de recherche d'évaluation permettant d'apprécier les résultats de cette approche.

Formation du praticien et prise en charge

Une différence d'importance dans les prises en charges vient du type de formation du thérapeute ;

- l'approche fonctionnelle s'adressant dans un premier temps aux symptômes de difficultés de la vie sexuelle, elles sont très souvent un temps commun interactif précédant un autre mode de prise en charge plus structuré (couple, sexothérapie conventionnelle, ou accompagne sous forme de coach ou consigne des thérapies combinées)
- alors que le sexologue psychodynamicien sera à l'écoute des mécanismes névrotiques dont les symptômes sexuels ne sont qu'une composante, et pourra déboucher sur une thérapie de couple à la Kaplan, ou une psychothérapie individuelle
- le sexologue centrée sur le développement d'habiletés et sur l'expression des émotions s'orientera plutôt vers des prises en charge de développement personnel (groupes, thérapies corporelles).
- Quand au sexologue médecin il fera sa part de prise en charge des comorbidités éventuellement impliquées dans la difficulté sexuelle du couple que le sexologue non médecin abordera en réseau.

Depuis une décennie **un double courant a progressé dans la prise en charge des difficultés sexuelles ;**

- Un courant de recherches thérapeutiques médicales centré sur l'acquisition de meilleures bases de la connaissance de la physiologie et la pathologie sexuelle (**ère vasculaire, ère tissulaire, ère chimique et des processus centraux**). Ainsi, en médecine sexuelle, les iPDE5 ont permis de faire un bon considérable dans la prise en charge de la DE et un mode thérapeutique de prescription de rapport sexuel médicalisé.

- Un courant de recherche et d'évaluation des différents systèmes thérapeutiques

Le mode de fonctionnement physiologique est clair en première intention, mais dans la « vraie vie » on trouve des résistances au traitement médical, des non répondeurs, discordants sur le plan physiologiques et correspondant à des schémas plus complexes du fonctionnement sexuel à modifier.

L'histoire des sexothérapies est proche de celles des psychothérapies

Le travail des chercheurs et des théoriciens a été suivi d'une prolifération de méthodes et techniques à la suite de preuve empiriques d'efficacité (Hubble, Duncan, & miller 1999 a, Lambert & Bergin, 94, Miller Duncan & Hubble 97, Shadis, Montgomery, Wilson, Bright & Okwumabua.

Dans le champs des psychothérapies bataille de groupes d' influences selon les écoles, alors que il

n'y avait pas de preuve que une ou plus approche thérapeutique puisse être supérieure aux autres (Hubble, Duncan & Miller 99a, Lambert et Bergin 94, Miller Duncan & Hubble 97, Shadish, Montmomery, Wilson Bright & Owumabua 93, spenkle, Blow & Dickey 99. Même choses pour les sexothérapies entre les tenants des approches organiques et psychogéniques.

Les recherches et la pratique clinique montrèrent que cette dichotomie était erronée et les classifications étaient plutôt largement utilisées pour déterminer si un patient devait consulter un praticien de la santé mentale ou un urologue ; (Althof 98)

Alors que les études dans les psychothérapies produisent peu de preuves de différences d'efficacité, une quantité de données est amassée pour montrer que les traitements sont supérieurs à la fois aux placébos et aux groupe contrôle non traités.

Parmi d'autres résultats, des centaines d'études faites ces 30 dernières années trouve qu'en moyenne plus de 80% de ceux qui sont traités vont en moyenne mieux que 80% de ceux qui sont dans un groupe témoin qui n'a pas reçu de traitement.

Schover et Leiblum (94) font des observations similaires dans le champ des sexothérapies,

C'est en 1975 qu'on trouve l'article de référence sur l'évaluation et mécanismes des thérapies, où Lester Luborsky et ses collègues affirment que toutes les psychothérapies se valent : c'est ce qui a été appelé le « *Dodo Bird Verdict* ». Cet article a été à l'origine de nombreuses recherches supplémentaires sur les facteurs spécifiques et non spécifiques des psychothérapies et est encore cité aujourd'hui comme un article fondamental dans la discussion sur l'évaluation des psychothérapies.

L'expression « verdict du Dodo » vient du livre, « Alice au pays des Merveilles », où à un moment donné, pour que les personnages se sèchent, le Dodo- Oiseau décide d'organiser un concours où le monde devait courir autour du lac jusqu'à être secs. Personne n'a pensé mesurer les distances parcourues, ni le temps. Lorsqu'ils ont demandé au Dodo qui avait gagné, il a longuement réfléchi avant de répondre "tout le monde a gagné et tous doivent recevoir un prix".

Y a t il des formes plus « puissante » de thérapies que d'autres ?

Guérin (1984) notait déjà que *la forme de la psychothérapie*, puisque ces systèmes en s'adressant aux comportements et à la psyché en font partie, *importait seulement pour 10%* pourvu que le patient soit motivé et que le thérapeute ai un savoir faire ; ainsi plus tard Lambert montrera que 60 % sont affectés a des facteurs extra-thérapeutiques comme la motivation du patient, 30 % au facteur relié à la relation client-thérapeute qui contribue au changement, le « savoir faire » du thérapeute, ; était ainsi souligné l'importance d'une congruence de système de pensée entre le thérapeute et le patient pour arriver à un accord de prise en charge. Ainsi peut on faire l'hypothèse que les patients sélectionnent les thérapeutes selon ce qu'ils en attendent d'ou un biais possible d'interprétations secondaires des effets des thérapies.

Les deux autres facteurs qui influencent le changement dans une proportion équivalente : sont les facteurs reliés aux attentes du client, à l'espoir et à l'effet placebo comptent pour 15 %. Les facteurs reliés aux modèles et aux techniques d'intervention ne contribuent que dans une proportion de 15 % au changement.

Dans la littérature psychologique, le "verdict du Dodo" a beaucoup été utilisé pour signifier que les techniques spécifiques appliquées par les différentes écoles de psychothérapie n'ont qu'une utilité limitée, et l'effet positif de la psychothérapie provient surtout des facteurs que les écoles ont en commun. Des méta-analyses de Lester Luborsky (2002) montrent que l'effet direct de la technique spécifique n'est que de 0.2. Ainsi, toutes les théories sont considérées égales et "toutes doivent recevoir un prix".

Par contre, les scientifiques qui croient en la "Thérapie Basée sur les Preuves" disent que ceci n'est pas représentatif de la situation. Chambless (2002) entre autres, déclare qu'il y a beaucoup de preuves que les thérapies spécifiques sont utiles à "des patients spécifiques dans une situation spécifique avec des problèmes spécifiques". Le chiffre 0.2 selon lui n'est que le résultat d'un artifice inutile pour regrouper ensemble des problèmes et des thérapies qui ne sont pas comparables.

Pendant plusieurs décennies, peu de recherches avaient été faites pour connaître et comparer les

résultats des thérapies. Les premières recherches sérieuses sur les résultats des thérapies ont débuté dans les années 1980.

Lambert et Bergin ont trouvé que 80 % des personnes traitées étaient mieux que celles du groupe contrôle ne recevant aucun traitement. En 1994, Schover et Leiblum ont rapporté des observations semblables pour le domaine de la sexothérapie. Ils ont même affirmé que la sexothérapie demeure une des formes de psychothérapies les plus efficaces quand elle est pratiquée de façon appropriée. En 1986, Kazin arrive à la conclusion qu'il y a peu de différences dans les résultats de la thérapie selon divers modèles d'intervention. C'est ainsi que de 1974 à 1999 des recherches ont été mises en place pour dégager les points communs qui favorisent le changement dans toutes les approches.

Première conclusion : évidence d'un lien fort entre les années d'expérience du thérapeute et son efficacité clinique.

Les scientifiques cognitivistes ont trouvé des preuves constantes des différences persistantes et significatives entre experts et novices qui entreprennent les tâches complexes dans des domaines différents (Bédard & Chi, 1992 ; Bransford, Brown & Cocking, 1999 ; Gambrill, 2005). Les experts reconnaissent les configurations signifiantes et écartent l'information non pertinente, acquièrent une connaissance étendue et l'organisent selon des manières qui reflètent une compréhension profonde dans leur domaine, organisent leur connaissance en utilisant les caractéristiques fonctionnelles plutôt que descriptives, recherchent et extraient la connaissance pertinente à la tâche de manière fluide et automatique, s'adaptent aux nouvelles situations, gèrent eux-mêmes leur connaissance et leur performance, savent quand leur connaissance est inadéquate, continuent à apprendre, et atteignent généralement des résultats proportionnés à leur expertise.

Les facteurs de changement

I – Facteurs extra-thérapeutiques liés au patient : 40 %

Ce facteur nécessite d'être attentif aux ressources requises pour changer. Cela implique de mesurer les ressources personnelles du patient dans son environnement, sa famille, ses amis, ses collègues de travail, ses voisins. Egalement prendre en compte les événements de vie qui peuvent avoir une influence constructive sur la démarche de thérapie

On peut renforcer ce type d'action en amenant le patient et le couple à s'approprier les changements et succès déjà installés, ce qui est générateur de confiance et ouverture positive et de positionnement du couple en agent du changement. Ainsi, ce n'est pas le praticien qui est le centre de l'intervention mais bien le couple-patient

La cible est la capacité au changement possible et non la pathologie ou les obstacles, ce qui permet de ne pas poser d'étiquette et de qualifier le patient à partir de sa difficulté.

II - Facteurs reliés à la relation patient thérapeute : 30 %

C'est Lambert, en 1992, qui est arrivé à ce résultat avec ses recherches. Par la suite, plus de mille rapports de recherches abondent dans le même sens, comme le rapportent Orlinsky, Grawe & Parks en 1994.

Dans cette perspective, le patient apparaît comme le pivot et l'expert de cette relation. L'accord établi entre l'intervenant et le patient sur les objectifs à atteindre et les moyens pour y arriver constitue un des fondements importants pour une relation forte entre le praticien et le patient. L'empathie, le respect et l'authenticité demeurent toujours les préalables essentiels pour le développement d'une telle relation.

Le sexologue gagne à demander explicitement au patient où il veut aller et les changements qu'il désire ; on peut le prendre au mot et accepter de cheminer à partir de là où est patient, et ce, même s'il y a une impasse ce qui lui permettra lui-même de comprendre qu'il faut réajuster.

Si l'alliance thérapeutique constitue ainsi le préalable essentiel qui favorise l'émergence du changement assez tôt dans la démarche, l'efficacité de la thérapie implique la capacité du sexologue à se faire partenaire du patient ou du couple. Dans la sexothérapie l'alliance thérapeutique avec les partenaires du couple est également un élément fondamental de la prise en charge.

Donahey et Miller écrivent dans leur article « What works in sex therapy : a common factors perspective » : si nous combinons les résultats de recherches sur les facteurs extrathérapeutiques et ceux reliés à l'alliance thérapeutique, nous arrivons à la conclusion que le succès de la thérapie

dépend de l'aide et de la confirmation des ressources du client dans un partenariat fondé sur les objectifs et les perceptions du patient.

III – Facteurs reliés aux attentes, à l'espoir et à l'effet placebo : 15 %

Ces facteurs nous ramènent au fait maintenant mieux connu que le processus de l'acquisition des problèmes diffère assez radicalement de celui de leur modification ou de leur changement. Ainsi, faut-il chercher davantage « comment ça se passe maintenant » plutôt que « comment ça se passait avant » et mettre l'accent sur les attentes présentes, l'espoir, l'avenir.

Les effets du traitement sont augmentés par les facteurs influençant les effets placebo (l'effet Pygmalion).

Les auteurs Scott D. Miller, Barry L. Duncan et Mark A. Hubble considèrent que « ... l'effet placebo représente autant, en ce qui concerne le pourcentage de contribution au changement, que la technique utilisée ou le modèle suivi... ».

La croyance du praticien en la valeur de ses outils d'intervention joue aussi en ce sens. Benson & Epstein ont noté que les professionnels qui croient en l'efficacité de leur traitement ont les meilleurs résultats en ce qui a trait aux effets positifs des effets placebo.

En ce qui concerne l'espoir, inviter le patient ou le couple à décrire comment ce sera quand le problème ou la difficulté ne sera plus là, leur permet de tracer un pont vers l'avenir.

IV - Facteurs reliés aux modèles et aux techniques d'intervention : 15 %

Ce sont plutôt le cadre d'intervention et la structure des entrevues qui constituent de bons indicateurs pour le succès d'une thérapie. Les techniques ne sont pas la cause des changements, mais un moyen pour favoriser le changement. Sous un tout autre angle, les modèles et les techniques d'intervention augmentent le potentiel des trois autres facteurs; elles contribuent sensiblement à leur laisser toute la place requise pour le changement désiré par le patient.

Les recherches démontrent également que les deux éléments qui soutiennent le plus une psychothérapie efficace sont la capacité du sexologue à se centrer et la structure de son intervention. Le défi majeur pour le sexologue peut se formuler ainsi : quelle mode d'action et quel point d'impact vais-je choisir ?

Preuves d'efficacité et vie réelle pour les systèmes thérapeutiques

1996. La Division 12 de l'*American Psychological Association* (Chambless et al.) publie une première liste, très controversée, de traitements psychologiques qui réunissent les critères de différents niveaux de soutien empirique. La critique vient à la fois des praticiens et des chercheurs en psychothérapie. *"Il existe une différence essentielle entre les essais cliniques où les patients doivent réunir des critères diagnostics très stricts pour être acceptés pour le traitement et les patients existant dans les faits qui recherchent une psychothérapie pour leur propre compte"* (Lambert et al. 2004).

2005. L'Association Américaine de Psychologie (APA) effectue un virage à 180° concernant les bases sur lesquelles s'appuie sa politique de Pratique basée sur la preuve (Evidence Based Practice - EBP). Son rapport (Levant, 2005) restaure l'importance de l'expertise clinique, des caractéristiques individuelles du patient et du contexte.

2006. Le directeur du NIMH (National Institutes of Health), souligne les limites des études d'efficacité potentielle et l'importance des « essais pratiques » réalisés dans des « conditions naturelles » à partir de larges cohortes de patients.

Critique des buts des sexothérapies

1) Souligne et met en valeur la performance plutôt que la signification personnelle et l'expérience, ainsi le succès est mesuré en terme objectif de comportement et d'indicateurs physiologiques. La Médecine basée sur des preuves accentue ce phénomène : la définition de la masculinité centrée sur l'idée que la masculinité se mesure à la qualité de la dernière érection peut augmenter la DS
> Le problème vient de ce qu'il faut faire la part de ce qui est de la plainte du couple en tenant compte de son mode de fonctionnement à deux et pas seulement la performance mesurable

Il y a un glissement actuel de la prise en compte première de la satisfaction pour l'un de la performance de l'autre ; est-ce identique à la satisfaction de la vie sexuelle, et du bonheur du couple ??

2) Par rapport à d'autres formes de prise en charge où la composante psychologique est présente les sexothérapies paraissent avoir l'avantage de la clarté de leur buts

« avoir un orgasme ou une érection » / différent de dépression ou anxiété

Ce qui implique une définition du problème apparent facile ; il faut remédier à la performance ; mais il est plus difficile de distinguer entre une anorgasmie et son vécu ou, son « manque de signe physiologique » d'excitation et « le sens subjectif » d'excitation

Zilbergeld et Ellison (1980) suggérait (il y a 20 ans) que les composantes affectives et cognitives de la réponse sexuelles devait être incluses dans compréhension de la fonction/dysfonction

Ainsi on ne prend pas en compte les problèmes de désir quand la performance est intacte : alors qu'il faut savoir quel est l'état d'esprit pour donner ou recevoir du plaisir, interpréter l'acte de l'autre comme une intrusion ou une offrande etc

Il est différent d'être dépendant sensoriellement de la technique ou de l'émotion sensuelle (érotisme contre excitation) ; cet aspect est escamoté : Une connexion érotique peut générer de l'excitation sans aucun contact physique

Lorsque la dynamique du couple comprend des niveaux comme dépendance domination, sado masochisme etc ; alors que la sexothérapie se focalise sur ce qui est à la surface, les partenaires ont des motivations souterraines ; il faut explorer ce que chacun veut expérimenter ou rechercher de fait (punir, ne pas donner etc)

3) nouvelles alternatives

IPDE5 peut clarifier ou obscurcir les pb relationnels qui amènent les couples en sexothérapie ; pas de diatribe pour ou contre mais « comment prescrire »

Comment aider les couples à régler leurs rencontres et la qualité de leur intimité plutôt que de prescrire érection, rapport et orgasme

La Sexualité non génitalisée peut être une qualité ; le but devient un plaisir érotique mutuel et une position d'estime de soi et de l'autre ; la nature des consignes est déterminée par le client et pas par le thérapeute (Ellisson)

4) ce qui marche dans les sexothérapies

- après MJ découragement des cliniciens qui ne peuvent pas reproduire le même taux de succès (levin & agle (1978) rosen et Beck, 88, zilbergeld & evans 1980)

- malgré une prolifération de modèle de prise en charges pauvreté des bilans de recherches des traitements et des variétés de processus en sexothérapie(Rosen & leiblum 95, p 877)

- quand il y a des études elles ont un niveau de succès modéré alors que les dernières années ont vu croître une augmentation de la médicalisation du champ (ackerman & carey 95, hawton 92, leiblum et rosen 98, schover et leibum 94), Plaut en 98 écrit que les traitements médicaux sont une plaque tournante dans le traitement des DS p 183

Quelle évolution depuis les sexothérapies Mastersiennes?

Entre 1960 et 1970 les patients souffraient souvent d'ignorance sur la physiologie et le savoir faire sexuel. Les attitudes négatives sur la sexualité qui en découlaient expliquent pour beaucoup le succès des sexothérapies Mastériennes

La situation n'est plus la même et l'apport des sexothérapies a été controversé ; des travaux ultérieurs des années 80 et 84 (Zilbergeld & Evans) ont affirmé qu'on ne pouvait pas reproduire le taux de succès élevé de Masters et Johnson. Des travaux plus récents de la division 12 de recherche d'intervention psychologique sur la validation des thérapies empiriques (Chambless D L., et al.) reconnaît par contre une preuve probable d'efficacité des traitements de Masters et Johnson chez la femme (Everaerd & Dekker 1981), et une preuve établie pour les dysérections masculine (Lo Piccolo et Stock, 1986, Auerbach & Follett 1985)

On note alors un déclin des sexothérapies classiques et de leur acceptabilité, que Lo Piccolo attribue en 1994 à des changements culturels qui modifient la nature des problèmes des patients et leur étio-

logie. Nombreux sont les patients documentés sur leur problème et les prises en charges du symptôme sexuel.

Dans une société de performance, et d'urgence où la pédagogie sexuelle est aujourd'hui sur-médiatisée, l'évolution brutale de la pharmacopée des médicaments sexo-actifs a joué comme si le médicament remplaçait la parole ; la question du sens du symptôme et de son avènement devenant obso-lète, le pénis se substituant à l'homme, les moyens de le faire fonctionner sont au devant de la scène thérapeutique dans le domaine de la sexualité masculine, la femme devenant le témoin muet critique ou admiratif de son érection.

Ce n'est que depuis peu que l'évaluation des psychothérapies est entrée en scène et par un biais logique d'insuffisance de l'évaluation psychologique et de son « management », le résultat en est une évaluation de la psychogénicité par défaut d'organicité (Psychological Issues in Diagnosis and Treatment A. Melma, S. Levine, B. Sachs, T. Segraves, M.F. Van Driel Committee 11)

En somme comme l'avaient souligné de nombreux auteurs (Riley, Lottman, Hendricks, Vrugnink &Meuleman, Althof) dès 1998 ; les traitements pharmacologiques ne résolvent pas les difficultés du couple et les problèmes intrapsychiques qui sont souvent à l'origine d'inhibition sexuelle et de détresse. Les femmes d'hommes ayant des DE ont souvent des problèmes de manque de confiance en soi, elles ne se sentent pas attractives ou suspectent leur compagnon d'avoir une relation extra conjugale . Ce ne sont pas des stimulants du désir sexuel qui lui est souvent une barrière majeure de la satisfaction sexuelle, ou la clé de la diminution de fréquence des rapports sexuels (Leiblum 1999). Les auteurs Nord- Américains décrivent les premiers échecs des médicaments sexo-actifs dans les cas où les partenaires sont réticentes à se réinvestir sur la scène sexuelle et dans ceux liés à une évaluation insuffisante du contexte psychosocial. Certains patients ne prennent pas leur prescription mais la gardent soigneusement avec eux comme un objet contra-phobique..

L'hyper médicalisation aurait pu faire craindre une extinction des sexothérapies mais il y a une évolution vers une meilleure intégration des traitements psychologiques et médicamenteux des difficultés sexuelles et une connaissance améliorée sur la sélection des patients selon leur contexte psycho social pour prise en charge sexothérapique combinée ou non.

En conclusion

Il convient de revoir les stratégies thérapeutiques en incluant les apports des conclusions sur l'importance des facteurs communs comme leviers thérapeutiques

Plus d'attention doit être faite à l'évaluation des ressources des patients , de leurs attentes, de l'alliance thérapeutique et à son rôle dans le processus de changement. Si l'estimation de Lambert (1992) est exacte et que 40% de la variance dans les résultats est causée par les caractéristiques des patients, alors faut il penser à mieux considérer leurs rôles dans le processus de changement.

Autres aspects des variables à prendre en compte (le rôle d'autres événements importants survenant dans la vie des patients). Peut-être que les thérapeutes accordent trop d'importance à ce qui se passe exclusivement dans leur cabinet.

Les implications ; revoir la culture de prise en charge avec des modèles spécifiques et la conviction que l'unique aspect de leurs théories amène le changement. Revoir l'enseignement des modèles qu'on fait en dépit du manque de preuves que tout modèle est supérieur à un autre.

Certains facteurs, comme aider à faire germer et consolider l'espoir chez les patients, sont rarement enseignés.

Dans une étude de 2-ans de follow-up thérapie du comportement matrimonial, Jacobson, Schmaling et Holtzworth-Munroe (1987) ont constaté que le seul facteur prédictif de rechute a été stress lié aux événements extérieurs à la vie des patients. Ni le traitement que les clients ont reçu, ni les qualité du thérapeute n'ont eu de valeur prédictive.

Plus de recherche doivent être faites sur le rôle de l'espérance et l'espoir. La recherche sur l'alliance thérapeutique, en est à ses débuts.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ACKERMAN M et al. *Behavioral approaches to assessing erectile dysfunction*. Behav Therapist 1995; 6: 31–34.
- ASAY, T. P., & LAMBERT, M. J. (1999). *The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings*. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 33-56). Washington, D. C.: American Psychological Association.
- AYTAC IA, MCKINLAY JB, KRANE RJ. *The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences*. BJU Int 1999; 84: 50–56.
- BACHELOR, A., & HORVATH, A. (1999). *The therapeutic relationship*. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 133-178). Washington, D. C.: American Psychological Association.
- BECK, D. F., & JONES, M. A. (1973). *Progress on family problems: A nationwide study of clients' and counselors' views on family agency services*. New York: Family Service Association of America.
- BAUM N., RANDRUP E., JUNOT D., HASS S. *Prostaglandin E versus sex therapy in the management of psychogenic erectile dysfunction*. International-journal-of-impotence-research; 12, 3; 191-194; 200
- BRAUN M et al. *Viagra effect influence of mass media on patient behavior*. Urol Int , 2001, 66, 145-148.
- BERGIN, A. E., & GARFIELD, S. L. (Eds.). (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: Wiley.
- BLOW, A. J., & PIERCY, E P. (1997). *Teaching personal agency in family therapy training programs*. Journal of Systemic Therapies, 16, 274-283.
- CHAMBLESS D L., et al. *Update on empirically Validated Therapies*. The Clinical Psychologist. 1996, 49, 5-18
- CHAMBLESS, D. L. (2002). *Beware the dodo bird: The dangers of overgeneralization*. Clinical Psychology: Science and Practice, 9, 13-16.
- DONAHEY K et MILLER S, *What works in sex therapy : a common factors perspective* In Keleinplatz Peggy J (ed). *New Directions in Sex Therapy: Innovations and Alternatives*, Lavoisier, 2001
- DUNCAN, B. L., SOLOVEY, A. D., & RUSK, G. S. (1992). *Changing the rules: A client directed approach to therapy*. New York: Guilford.
- EARDLEY I RR, FISHER W, NIEDERBERGER C, SAND M. *Attitudes toward treatment of erectile dysfunction: results from the MALES study*. Eur Urol 2003, 97(Suppl 2).
- EVERAERD W, & DEKKER J, *A comparison of sex therapy and communication therapy: Couples complaining of orgasmic dysfunction*. Journal of Sex and Marital Therapy, 1981, 7, 278-289.
- FISH, L. S., & BUSBY, D. (1996). *The Delphi method*. In D. H. Sprenkle & S. M. Moon (Eds.), *Research methods in family therapy* (pp. 469-484). New York: Guilford.
- FISH, L. S., & PIERCY, E P. (1987). *The theory and practice of structural and strategic family therapies: A Delphi study*. Journal of Marital and Family Therapy, 13, 113-125.
- GARFIELD, S. L. (1992). *Eclectic psychotherapy: A common factors approach*. In J. C. Norcross & M. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 169-201). New York: Basic.
- GARFIELD, S. L., & BERGIN, A. E. (1994). *Introduction and historical overview*. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 3-18). New York: Wiley.
- GUERIN P. (1984), *L'évaluation des psychothérapies* , Paris, PUF.
- HUBBLE, M. A., DUNCAN, B. L., & MILLER, S. D. (1999). *Introduction*. In M. A. Hubble, B.

- L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 1-32). Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Jacobson, N. S., Schmaling, IC B., & Holtzworth-Munroe, A. (1987). Component analysis of behavioral marital therapy: Twoyear follow up and prediction of relapse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 13, 187-195.
- IONESCU S. « *L'évaluation des psychothérapies* », in Nathan T., Blanchet A., Ionescu S., Zajde N. *Psychothérapies*. Paris, Éditions Odile Jacob, 1998, p.165-222.
 - KAPLAN, H. S. *La Nouvelle Thérapie sexuelle*. Paris: Buchet/Chastel. 1979
 - KARASU, T. B. (1986). *The specificity versus nonspecificity dilemma: Toward identifying therapeutic change agents*. *American Journal of Psychiatry*, 143, 687-695.
 - KLOTZ T., MATHERS M., KLOTZ R., F SOMMER. *Why do patients with erectile dysfunction abandon effective therapy with sildenafil (Viagra®)?* *International Journal of Impotence Research*, 2005, 17, 2-4.
 - LAMBERT, M. J. (1992). *Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists*. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*, (pp. 94-129). New York: Basic.
 - LAMBERT, M. J., & BERGIN, A. E. (1994). *The effectiveness of psychotherapy*. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, (4th ed., pp. 143-189). New York: Wiley.
 - LEBOW, J. (1997). *The integrative revolution in couple and family therapy*. *Family Process*, 36, 1-17.
 - Linstone, H., & Turoff, M. (1975). *The Delphi method: Techniques and applications*. Reading, MA: Wesley.
 - LEIBLUM S R., ROSEN R C. *Principles and practices of sex therapy*, Third edition, New York: Guilford Press , 2000
 - LEVINE S B., *Erectile dysfunction: Why drug therapy isn't always enough*, *Cleveland Clinic J of Med*, 70,3,2003, 241-46
 - LOPICCOLO, J. "Postmodern Sex Therapy for Erectile Failure", in R. C. Rosen; S. R. Leiblum (dir.): *Erectile Disorders: Assessment and Treatment* (p. 171-197). New York: Guilford Press. 1992.
 - LUBORSKY, L., SINGER, B., & LUBORSKY, L. (1975). *Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes?"* *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
 - LUBORSKY, L. (2004). *The only clinical and quantitative study since Freud of the pre-conditions for recurrent symptoms during psychotherapy and psychoanalysis*. *The International Journal of Psychoanalysis*, Vol. 85.
 - LUBORSKY L & Coll. (2002). *The Dodo Bird Verdict is alive and well-Mostly*. *Clinical Psychology : Science and Practice* V9N1.
 - LUBORSKY L. & CRITS-CHRISTOPH, P. (1998). *Understanding Transference – The Core Conflictual Relationship Theme Method*, 2nd Edition. Washington, DC : American Psychological Association.
 - LUBORSKY L. (1996). *The Symptom-Context Method- Symptoms as opportunities in psychotherapy*. Washington DC : American Psychological Association
 - LUBORSKY L & DIGUER, L. (1996) : *Principes de psychothérapie psychanalytique : manuel de psychothérapie de soutien et d'expression*. Paris, PUF (édition anglaise 1984)
 - LUBORSKY L & LUBORSKY E. *Évaluation des phénomènes transférentiels par différentes méthodes dont celle du "thème relationnel conflictuel central"*. In *Recherches cliniques "planifiées" sur les psychothérapies* (Gerin P et Dazord A, Eds) Paris Editions Inserm 1992, pp 35-53
 - LUBORSKY L., CRITS-CHRISTOPH P. (1988) : *Measures of psychoanalytic concepts – The last decade of research from the 'Penn Studies'*. *Int. J. Psycho-Anal*, 69, 75

- LUBORSKY L., CRITS-CHRISTOPH P., MELLON J. (1986) : Advent of objective measures of the transference concept. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1986, Vol. 54, N°1, 39-47.
- MASTERS VH., JOHNSON V C. *Les mésententes sexuelles et leur traitement*, Ed Laffont, Paris.1971
- *Human sexual responses* (1966)
- *Human sexual inadequacy* (1970)
- MAURICE WL. *Sexual Medecine in Primary Care*, Mosby Inc, 1999.
- MILLER, S. D., DUNCAN, B. L., & HUBBLE, M. A. (1997). *Escape firm Babel: Toward a unifying language for psychotherapy practice*. New York: Norton.
- MINUCHIN, S. (1998). *Where is the family in narrative family therapy?* *Journal of Marital and Family Therapy*, 24, 397-405. Norcross, J. (1999). Foreword. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. xvii-xx). Washington, D. C.: American Psychological Association.
- O'HANLON, W. (1994, November/December). *The third wave*. *The Family Therapy Networker*, 18, 18-29.
- OGLES, B. M., ANDERSON, T., & LUNNEN, K. M. (1999). *The contribution of models and techniques to therapeutic efficacy: Contradictions between professional trends and clinical research*. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 201-226). Washington, D. C.: American Psychological Association.
- ORLINSKY, D. E., GRAWE, K., & PARKS, B. K. (1994). *Process and outcome in psychotherapy - noch einmal*. In A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, (4th ed., pp. 270-378). New York: Wiley & Sons. Pinsof, W. M. (1995). *Integrative problem centered therapy*. New York: Basic.
- PALLAS J and al. *A Study Using Viagra in a Mental Health Practice*, *J Sex Marital Ther* 2000, 26 : 41-50
- RONALD F. LEVANT, 2005 *Presidential Task Force on Evidence-Based Practice?* American Psychological Association. July 1, 2005, <http://www.apa.org/practice/ebpreport.pdf>
- ROSEN, R. C.; LEIBLUM, S. R. *The Changing Focus of Sex Therapy*, in R. C. Rosen; S. R. Leiblum (dir.): *Case Studies in Sex Therapy* (p. 3-17). New York: Guilford Press. 1995
- SCHWARTZ, R. C. (1999). *Narrative therapy expands and contracts family therapy's horizons*. *Journal of Marital and Family Therapy*, 25, 263-267.
- SHADISH, W. R., RAGSDALE, K., GLASER, R. R., & MONTGOMERY, L. M. (1995). *The efficacy and effectiveness of marital and family therapy: A perspective from meta-analysis*. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 345-360.
- SHIELDS, G. C., WYNNE, L. C., MCDANIEL, S. H., & GAWINSKI, B. A. (1994). *The marginalization of family therapy: A historical and continuing problem*. *Journal of Marital and Family Therapy*, 20, 117-138.
- SMITH, M. L., GLASS, G. V. & MILLER, 11. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- SNYDER, C. R., MICHAEL, S. T., & CHEAVENS, J. S. (1999). *Hope as a psychotherapeutic foundation of common factors, placebos, and expectancies*. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 179-200). Washington, D. C.: American Psychological Association.
- SPRENKLE, D. H., BLOW, A. J., & DICKEY, M. H. (1999). *Common factors and other nontechnique variables in marriage and family therapy*. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 329-360). Washington, D. C.: American Psychological Association.

- SPRENKLE, D. H., & MOON, S. (1996). *Toward pluralism in family therapy research*. In D. Sprenkle & S. Moon (Eds.), *Research methods in family therapy* (pp. 3-24). New York: Guilford.
- STEWART, R. E., & CHAMBLESS, D. L. (2007). *Does psychotherapy research inform treatment decisions in private practice?* *Journal of Clinical Psychology*, 63, 267-281.
- WAMPLER, K. (1997). *Systems theory and outpatient mental health treatment*. Paper presented at the Inaugural AAMFT Research Conference, Santa Fe, NM, July 31, 1997.
- WHITE, M. B., & RUSSELL, C. S. (1995). *The essential elements of supervisory systems: A modified Delphi study*. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 33-53.

UN MODÈLE DE LECTURE DES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Catherine CABANIS

Sexothérapeute, gynécologue
Service Gynécologie 330 avenue de Grande Bretagne TSA 70034
31059 Toulouse
10 rue des Arts - 31000 Toulouse
catherine.cabanis@wanadoo.fr

Les recommandations des assises de Sexologie de 2008 concernant la prise en charge de la sexualité du couple se sont regroupées autour de sept items à connaître et à évaluer afin de développer une pratique clinique et un savoir-faire sexologique.

Je les rappelle brièvement :

- l'antériorité du couple et la détermination du choix d'objet d'amour
- le modèle de fonctionnement du couple
- la place du symptôme sexuel dans l'économie relationnelle du couple
- le temps du couple dans ses capacités à la flexibilité et l'adaptabilité
- le comportement sexuel du couple entre rigidité et permissivité
- désirs, érotisme et imaginaire du couple
- violence dans le couple, de la notion de consentement à la prise de conscience du couple comme lieu de passage à l'acte

Nous devons donc essayer de développer un modèle de sexothérapie de couple qui prendrait en charge **la plainte sexuelle du couple** (quel que soit le symptôme clinique) en tenant compte des sept thèmes cités.

Dans un souci de clarification, on peut les regrouper en quatre composantes à évaluer :

- **le corps**, physique et psychique, c'est-à-dire ce qui renvoie à la **santé**, à la maladie (organique, psychique...)
- **la fonctionnalité sexuelle** et le comportement sexuel, c'est-à-dire les apprentissages érotiques de chacun et du couple au fil du temps et des événements de la vie.
- **le sujet**, en terme d'identité sexuelle, masculine ou féminine, de capacité à l'individuation, d'attentes par rapport à l'autre et au couple
- **la relation à l'autre**, en terme de nature du lien, construction du couple, communication, fonctionnement, évolution et risque de dérive

Ces composantes, en **interaction permanente**, sont à évaluer et donneront les **bases du travail thérapeutique** pour lequel on peut utiliser différents moyens, outils thérapeutiques choisis et adaptés en fonction de ce qui est à comprendre et à restaurer.

SESSION DE TRAVAIL DES ASSISES

UN AN APRÈS STRASBOURG :

Quelles attentes thérapeutiques pour la sexualité du couple ?

Points forts

- Synthèse à partir des commissions et des sessions de Strasbourg de 2008

P. DESVAUX et J-R. DINTRANS

UN AN APRES STRASBOURG :

Quelles attentes thérapeutiques pour la sexualité du couple?

Points forts

P. DESVAUX

Médecin Sexologue , Paris
desvaux@noos.fr

J-R DINTRANS

Psychiatre Sexologue, Paris
jean.ro.din@wanadoo.fr

Les 1^{ères} Assises Françaises de Sexologie qui ont eu lieu en 2008 à Strasbourg ont été particulièrement riches. Et il ne saurait être question d'être aucunement exhaustif dans ce bref aperçu. Nous avons donc fait un choix fatalement arbitraire de quelques éléments qui, concernant les thèmes développés dans les différentes commissions, nous ont paru fondamentaux.

Conflits et contrats névrotiques dans le couple

Il y a contrat névrotique dans un couple quand l'un demande à l'autre de lui renvoyer quelque chose de précis de lui-même, quelque chose de pré-existant au contrat qui ne doit/peut être perdu, quelque chose renvoyant au manque fondamental : chacun est seul (enfermé dans son rôle de receveur et/ou de donneur) .

Il faut différencier les contrats névrotiques des contrats pervers et... des contrats « sains » :

Il y a contrat pervers quand le lien du couple consiste à se garantir que chacun ne renvoie rien de la problématique de l'autre, qu'aucun des deux ne soit jamais renvoyé par l'autre à sa propre image, à sa propre problématique. Les deux sont satisfaits du contrat ainsi établi, mais ce contrat se fait aux dépens d'une tierce personne de l'entourage.

Il y a contrat sain/satisfaisant (pour ne pas dire « normal ») quand un couple partage avec souplesse un processus d'ouverture sur l'autre . Le contrat n'enferme personne (ni l'autre ni un membre de l'entourage). A fortiori pas dans une douleur fixe.

Il est à noter que ces définitions renvoient à un présupposé théorique précis : celui du corpus psycho-dynamique (et plus précisément psychanalytique).

Ce corpus théorique est un corpus théorique étiopathogénique qui présuppose l'existence d'un très petit nombre de catégories universelles (appelées structures : névrotique, perverse, psychotique, border line)

Une autre approche des problématiques de couple (reposant sur la méthodologie cognitivo-comportementale) peut être envisagée : l'abord dimensionnel. Il s'agit d'un mode d'investigation consistant à :

- explorer dans un 1^{er} temps les différentes aspects/dimensions de la relation d'un couple sans partir de présupposés étiopathogéniques : il s'agit d'une simple analyse des faits observables;
- rechercher seulement dans un 2^{ème} temps des explications causales par application de modèles d'apprentissage explicités aux patients (travail d'élaboration d'hypothèses causales).

Se dégage ainsi l'algorithme suivant dans la prise en charge d'un couple venant consulter un sexologue pour conflits récurrents:

Temps diagnostique :

- 1^{er} temps : investigation et diagnostic sexologiques
- 2^{ème} temps : investigation du type de communication du couple
- 3^{ème} temps : investigation des autres champs dimensionnels (ex. : thymie ; estime de soi ; capacité affective en termes d'autonomie/dépendance ; etc.)

Temps thérapeutique :

- 1^{er} temps : prise en charge sexologique individuelle dans la mesure où la relation de couple le permet
- 2^{ème} temps : prise en charge du couple dans une des dimensions symptomatiques concernées (par exemple retentissement de l'échange de couple sur l'estime de soi de l'un/des deux)
- 3^{ème} temps : prise en charge spécifique de la dynamique d'échange existant au sein du couple (par le même praticien ou après adresse à un praticien spécialisé). Là se trouve spécifiquement opérant le concept de « contrats de couple ».

La mise au point de cet algorithme tout comme l'affinement de ces prises en charge nécessitent la poursuite d'une intégration de nos savoirs afin de ne pas en rester à une juxtaposition éclectique, qui, pour être parfois nécessaire, expose toujours au risque d'échec aporétique.

Relation de pouvoir dans le couple

Toute prise en charge d'un couple en crise nécessite aussi l'analyse en terme d'enjeux des relations de pouvoir qui existent en son sein.

En effet cette relation, établie dans une sorte de troc qui s'effectue dans différents champs (affectif, sexuel, socio-professionnel, financier, etc.), constitue un équilibre dont la modification, progressive ou brutale, peut conduire à une lutte potentiellement très destructrice.

Le sexologue prenant en charge ces couples devra permettre aux deux protagonistes de renégocier un équilibre à nouveau satisfaisant. Cela peut impliquer l'emploi de différents types d'outils : systémique, psychodynamique ou cognitivo-comportemental.

Il s'agit donc d'établir des recommandations diagnostiques pour aider à la décision du choix des outils thérapeutiques pertinents à proposer au couple.

Jalousie et dépendance dans le couple

Souffrance répondant en partie à des influences hormonales et à celle de neuromédiateurs, la jalousie, phénomène retrouvée dans toutes les cultures (s'exprimant différemment en fonction du sexe et des axes Est-Ouest et Nord-Sud) peut être considérée d'un point de vue évolutionniste comme naturelle en ce qu'elle ravive le désir, peut conduire à se dépasser soi-même et vise la stabilité des cellules conjugale et familiale.

Mais souvent pathologique, la jalousie est responsable de violences voire de meurtres (19% des causes de meurtres perpétrés par des femmes et 24% de ceux perpétrés par des hommes).

Le dépistage et la prise en charge précoces des couples où elle est installée devraient permettre d'éviter séparations et drames en abordant la problématique à sa source et en particulier les causes multiples d'inter-dépendance (affective au premier chef mais aussi financière, morale, physique, sociale, etc.), les relations de pouvoir existant au sein du couple (cf. supra) et le contrat fondant le couple (cf. supra).

Concernant la prévention des passages à l'acte hétéro-agressif, un certain nombre de facteurs de risque concernant l'auteur-e sont identifiés:

- paranoïa ou personnalité border line
- alcool et autres toxiques
- dépression
- vulnérabilité sociale
- conflits avec provocation

En cas de relation extra-conjugale avérée le thérapeute doit éclairer les sujets sur les enjeux tant du silence que des révélations et savoir les accompagner dans cette démarche.
La prévention par un dépistage précoce des situations à risques et son articulation à une prise en charge adaptée précoce elle aussi nous pose la question des conditions et du type de fonctionnement d'un maillage pertinent par un réseau de soins en sexologie.

Bibliographie :

- M. AUBRY, *jalousie, leurre*, 14^{ème} séminaire de l'AIHUS, 1984
- P. BLACHERE, *petites infidélités dans le couple*, Albin Michel, 2004
- N. GRAFEILLE, *333 questions réponses sur la sexualité*, Plon, 2005
- W. PASINI, *la jalousie*, Odile Jacob, 2006

Troubles du désir en pratique quotidienne

Les troubles du désir sont le motif de consultation le plus fréquent, en augmentation constante et semble-t-il encore sous évalués dans les études épidémiologiques.

Ils constituent le symptôme le plus complexe et le difficile à prendre en charge. .

L'objectivation même des troubles restent source de difficultés tant le désir s'inscrit dans la complexité des relations intersubjectives et de leurs différents modes (relationnel, sexuel [spontané ou réactif], narcissique, fusionnel).

Cette prise en charge s'avère plus que tout autre devoir être pluridisciplinaire et son algorithme thérapeutique reste encore à définir.

Bibliographie :

- G. TRUDEL, *la baisse du désir sexuel*, Masson, 2003
- W. PASINI, *La force du désir*, Odile Jacob, 2000.

Le couple, la grossesse et la dépression

Dépression de la grossesse et dépression du post-partum sont fréquentes.

Les facteurs bio-psycho-sociaux de risques sont connus.

On retiendra pour la prise en charge clinique non tant les facteurs hormonaux et génétiques que les facteurs psycho-sociaux :

- Antécédents psychiatriques personnels
 - Trouble thymique / trouble de la personnalité
 - Antécédents de dépression gravidique / DPP
- Faible support affectif, isolement affectif
- Age de la mère < 18 ans
- Situation socio-économique précaire
- Faible niveau scolaire
- Grossesse « monoparentale », absence de conjoint
- Carence communicationnelle avec le conjoint
- Grossesse non planifiée
- Difficultés psychologiques actuelles à assumer la grossesse (celles de la femme au premier chef bien sûr mais aussi éventuellement celles de son compagnon)

On analysera le retentissement sur le couple.

Là encore dépistage et prise en charge précoces nécessite de réfléchir au réseau de soin en sexologie.

Pathologie prostatique et sexualité

L'incidence sexuelle de l'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) a longtemps été négligée, ce n'est que ces dernières années où on a pu montrer l'incidence de l'HBP sur les troubles de l'érection, que l'on a pris conscience grâce à de vastes études du retentissement sur la sexualité de l'homme. L'étude MSAM-7 portant sur plus de 10 000 hommes a montré que pour les patients se plaignant d'une gêne sexuelle, 78% d'entre eux étaient affectés par une érection moindre, voir

absente, 58% par une baisse du volume de l'éjaculation, 88% par un inconfort voir une douleur lors de l'éjaculation. Le cancer de la prostate, en devenant le premier cancer de l'homme et eu égard aux conséquences sur la sexualité de l'homme mais aussi de sa compagne, est devenu un vrai problème de santé publique. La commission de 2008 recommande un bilan sexuel avant toute décision thérapeutique, permettant une décision plus éclairée du choix thérapeutique. Après traitement du cancer, une prise en charge précoce, notamment sur la réhabilitation érectile est recommandée.

Diabète et sexualité

Le diabète de part sa fréquence est devenu également un gros problème de santé publique. Maladie aux multiples conséquences physiques, la dysfonction érectile (DE) chez l'homme est classée par les diabétiques au 3^{ème} rang des complications les plus redoutées, juste derrière la cécité et l'insuffisance rénale. La DE est jugée responsable d'une importante dégradation de la qualité de vie. La répercussion du diabète sur la sexualité est fonction de la "santé sexuelle" qui préexistait avant la maladie, de la gravité du diabète, de la structure du couple et des réels désirs de rechercher une solution. Il apparaît donc souhaitable pour notre profession d'apporter une information sur l'importance de la communication dans le couple et de fournir un schéma thérapeutique et un suivi personnalisé selon les attentes et les motivations du couple et de savoir tirer parti des différentes ressources pharmacologiques proposées.

Handicap et sexualité

La sexualité des personnes handicapées reste un tabou pour l'entourage qu'il soit familial mais aussi soignant. Le handicap, de par sa complexité nécessite le plus souvent une prise en charge pluridisciplinaire, la commission a donc émis comme recommandation la nécessité de former les soignants et d'informer la famille sur la sexualité des handicapés. L'information sexologique devrait être délivrée aux patients (et au couple quand il existe) avant même leur sortie du centre. Le handicap acquis, dans un couple déjà formé pose le problème du partenaire choisi mais désormais transformé, modifications des rôles et dominances, projections dans le futur dans le cas d'un handicap évolutif (confrontation à l'idée de mort, angoisse, colère). Dans le handicap congénital, comment trouver un(e) partenaire, handicapé(e) ou non ? Désir d'enfant ? Rôles sociaux modifiés... Le retentissement du handicap est variable selon qu'il atteigne directement les organes génitaux (atteinte primaire), des organes symboliques (mains, seins) ou qu'il soit à fort retentissement psychosocial, rôle de genre, place dans la société. Parmi les besoins recensés par la commission, la prise en charge des conjoints devrait être développée par des techniques de counseling, par des thérapies systémiques pour les couples et favoriser des groupes de parole sans les conjoints, avec les conjoints et pour les conjoints.

Retentissement de l'incontinence urinaire sur la sexualité

De grandes études épidémiologiques ont clairement montrés que l'incontinence urinaire retentit sur la sexualité et dans tous ses domaines: désir, plaisir, excitation, orgasme, satisfaction et douleurs. Plus l'incontinence est sévère plus le retentissement est important, le retentissement intervient indépendamment de l'âge et la ménopause, il existe une corrélation entre le type de l'incontinence et ses conséquences sur la sexualité: Les femmes présentant une incontinence par hyperactivité détrusorienne sont plus gênées dans leur sexualité que les femmes ayant une incontinence urinaire à l'effort. Dans ce retentissement il faut distinguer plusieurs types de situations:

Les symptômes urinaires perturbent directement le rapport sexuel (urgentes coïtales, fuites pendant la pénétration, fuites pendant l'orgasme), les symptômes urinaires survenant en dehors d'un rapport perturbent indirectement la sexualité (modification de l'image corporelle, sentiment de vieillissement, sentiment de mauvaise hygiène), l'incontinence et les troubles sexuels ont des mécanismes physiopathologiques communs: atteinte neurologique évidente (sep, atteintes médullaires, séquelles chirurgies pelviennes....ou plus sournoises (neuropathies distales d'étirement....) La littérature retrouve des améliorations statistiquement significatives mais avec des résultats incomplets et parfois une aggravation voir l'apparition de troubles sexuels après la chirurgie. La commission a ainsi donné des pistes de recherche : L'incontinence perturbe-t-elle la sexualité et comment ? L'incontinence prétexte pour ne plus avoir de rapport sexuel ? L'incontinence alibi dans l'attente d'une prise en charge spécifique du trouble sexuel ? L'avis du partenaire ?

Prescription de testostérone en cas de déficit chez l'homme

Depuis une dizaine d'années nous assistons à un regain d'intérêt pour la testostérone, particulièrement en cas de troubles sexuels chez l'homme vieillissant. La conduite à tenir est loin d'être univoque, que cela soit pour le diagnostic ou l'intérêt d'une prescription. La commission a dégagé 3 grands axes : le diagnostic, l'indication d'un traitement et sa surveillance. Quand le consensus est fort, le vocable « nous recommandons » est utilisé, lorsque le consensus est moins fort le vocable « nous suggérons » est utilisé.

Ce qui est recommandé (consensus fort) : ne rechercher le déficit en testostérone que chez les hommes ayant des symptômes évocateurs d'un déficit androgénique, mesure qui devra être confirmée par des tests sanguins répétés. Le dosage de testostérone totale matinale doit être privilégié, réalisé avec une technique fiable. Chez certains patients, la testostérone libre ou biodisponible peut être recommandée en cas de testostérone totale très basse. Un traitement par testostérone est recommandé pour les hommes symptomatiques atteints d'un déficit en testostérone, pour améliorer leur fonction sexuelle et maintenir les caractères sexuels secondaires, améliorer leur bien être, leur masse musculaire et densité osseuse. Il est recommandé de ne pas initier un traitement par testostérone chez un patient atteint de cancer du sein ou de la prostate, chez un patient présentant un nodule prostatique à l'examen clinique et/ou un PSA > 3 ng/ml sans évaluation urologique. Il est recommandé (consensus fort) également de ne pas initier un traitement par testostérone chez des patients présentant une polyglobulie, une hyperviscosité sanguine, un syndrome d'apnée du sommeil non traité, une HBP non traitée avec un score IPSS > 19 ou enfin une insuffisance cardiaque sévère non contrôlée. Nous recommandons d'évaluer le patient 3 mois après l'initiation du traitement et ensuite annuellement afin d'évaluer si les symptômes ont répondu au traitement et si les patients présentent des effets secondaires.

Ce qui fait l'objet d'un consensus plus faible :

Nous suggérons que les cliniciens proposent un traitement de testostérone aux hommes avec bas niveaux de testostérone et une libido basse pour améliorer la libido et aux hommes avec une DE qui ont de manière non équivoques des taux de testostérone bas après évaluation des causes sous-jacente de DE et en tenant compte des thérapies déjà établies pour la DE. Nous suggérons de doser la testostéronémie à 3 mois. Le traitement devrait restaurer la testostéronémie dans la fourchette normale. La commission rappelle qu'il existe des recommandations applicables pour l'hypogonadisme, mais que celles-ci sont insuffisamment précises pour la prise en charge des troubles sexuels (désir, érections) nécessitant de nouvelles stratégies pour les années à venir.

SESSION DE TRAVAIL

avec le soutien des laboratoires PFIZER

DÉBAT

La médicalisation de la sexualité :

quels changements pour la sexualité du couple et sa prise en charge ?

Modérateur : M. BONIERBALE

- Quels changements ?

V. CESPEDES

- La médecine et le couple en souffrance

A. CORMAN

- La médicalisation de la sexualité et la médicalisation du couple

A. GIAMI

LA MÉDICALISATION DE LA SEXUALITÉ : quels changements pour la sexualité du couple et sa prise en charge ?

Vincent CESPEDES

Philosophe et Ecrivain (Paris)
v.cespedes@wanadoo.fr

Pourquoi le couple ? La jalousie est-elle un mal nécessaire ? L'amour est-il un sentiment, un événement ou une institution susceptible d'amélioration ? Faut-il être amoureux pour être heureux ? Une sexualité médicalement assistée révèle-t-elle un état de souffrance politique, voire civilisationnel ? C'est à ces questions, et bien d'autres, que je réponds dans mes ouvrages.

Dans *Je t'aime. Une autre politique de l'amour*, je dresse un bilan du fiasco amoureux actuel, de l'impasse dans laquelle la contre-révolution de l'après-Mai-68, à grand renfort de propagande publicitaire, de beauté normative et de pornographie, a plongé toute une génération dans une sexualité de la performance, un exclusivisme amoureux délétère et un devoir d'« encouplement ». Mais dans un même élan, la critique de la religion du « Toi-&-Moi » laisse la place à une utopie réaliste : la constellation amoureuse, ou « inclusivisme », dans laquelle l'amour libre mène à une autre organisation familiale.

Dans *Mélangeons-nous*, je définis le mode relationnel qui fonde l'échange amical et amoureux : le mélange. Alternance de fusion et de dissociation, il s'agit d'une interpénétration de deux singularités, qui donne lieu à un transfert de vie imprévisible et créateur, aux antipodes de la possessivité strictement fusionnelle comme de l'hyperindividualisme déprimant.

Dans *Mai 68 : La philosophie est dans la rue !* j'essaie d'atteindre la quintessence des événements du Mai français, son noyau philosophique, réactualisable – et donc toujours masqué ou combattu par les anti-Mai : le « clash » désobéissant. L'attitude mêlant l'irrévérence, l'intelligence et le rire, qui consiste à sommer une autorité (État, maître, père, orthographe, etc.) de justifier sa légitimité, faute de quoi elle subit une désacralisation impitoyable et sans retour. Le clash est donc une micro-révolution d'essence philosophique – qui interroge, et invente de nouvelles possibilités –, démocratique (aucun chef sans légitimité avérée, aucune autorité incritiquable, aucune institution indestituable) et érotique (car le corps s'y inscrit, comme la rencontre « rentre-dedans » avec l'autre).

Ma réflexion suit donc un fil rouge : la philosophie, comme interrogation-transformation (= « clash ») de l'institution. Et le Moi est une institution, comme la sexualité qu'on lui prescrit.

RÉFÉRENCES

- *Je t'aime. Une autre politique de l'amour* (Flammarion, 2003),
- *Mélangeons-nous. Enquête sur l'alchimie humaine* (Maren Sell, 2006)
- *Mai 68 : La philosophie est dans la rue !* (Larousse, 2008).

www.vincentcespedes.net

LA MÉDECINE ET LE COUPLE EN SOUFFRANCE

André CORMAN

Médecin Sexologue
7, rue Romiguières, 31000, Toulouse, FRANCE
andre.corman@numericable.fr

« C'est ainsi que la Médecine contemporaine compte et qu'elle compte chaque jour davantage à mesure qu'elle nous conte moins »

Dupont Bernard-Marie

Que la Médecine s'intéresse à la sexualité n'est pas un « scoop ». Tous les comportements humains de la naissance à la mort ont intégré aujourd'hui sa sphère d'influence et sont l'objet de sa sollicitude. Ce phénomène de médicalisation de la vie contemporaine et de la sexualité en particulier intéresse principalement le sociologue.

Mon objectif est de réfléchir ici à l'interaction qui s'est construite entre les cultures sexologique et médicale dans la pratique clinique. Si ce qu'on peut appeler une médicalisation de la culture sexologique est très souvent décrite et constatée dans l'évolution de la prise en charge des dysfonctions sexuelles, on n'étudie que rarement l'interaction dans l'autre sens, à savoir comment la culture sexologique fait irruption dans la clinique médicale, ce que nous pourrions appeler, si je puis me permettre ce néologisme, une « sexologisation de la culture médicale ».

Médicalisation de la culture sexologique

Le développement et la créativité du savoir médical a été si considérable dans les trente dernières années que ce que nous pouvons appeler une médecine sexuelle a conquis ses lettres de noblesse. Par elle, aujourd'hui, nous possédons une connaissance sans cesse plus précise des mécanismes physio-pathologiques des réactions sexuelles et de leurs dysfonctions ; nous comprenons de plus en plus finement les correspondances qu'échangent maladie et sexualité dans les deux sens (par exemple, le trouble érectile survenant au décours d'une maladie cardio-vasculaire ou venant à la révéler) ; nous avons à notre disposition une palette de traitements efficaces et diversifiés pour traiter ces troubles dans de nombreuses indications ; et surtout, de plus en plus de patients, hier encore totalement absents de toute prise en charge (ils ne venaient que peu voir alors des sexologues) se voient légitimés (CCNE) dans leur demande d'aide médicale et souvent satisfaits des soins reçus.

En somme de nouveaux patients et une pratique sexologique à revisiter

« Sexologisation » de la culture médicale

Puisqu'il s'agit de Médecine, fut-elle sexuelle, parlons en.

Comme le dit Didier Sicard, président du Comité Consultatif National d'Éthique, « si la Médecine doit s'approcher au plus près de la personne dans sa radicale singularité elle doit aussi témoigner simultanément d'un corpus scientifique sans cesse en évolution, indifférent par essence à la personne singulière ». En quelque sorte, cette double dimension -contradiction- porte ce risque : voir un savoir qui pourrait nier l'empathie quand celle-ci pourrait mettre le savoir à distance.

Si cette contradiction existe dans toute la médecine, elle éclate au plus au point lorsque l'objet du soin est la sexualité. Notre culture nous a instruit sur les multiples dimensions de la sexualité humaine, fut-elle malade, et nous ne sommes pas trop d'un sociologue, d'un philosophe et d'un sexologue pour y réfléchir. Mais, ce que notre culture sexologique a particulièrement mis en exergue, c'est que, derrière ce que la médecine appelle une pathologie, certes il y a toujours la singularité d'un homme ou d'une femme mais aussi le plus souvent un couple qui a la « tentation d'exister »

et de faire exister une sexualité que le « bain culturel contemporain » transforme en condition. La Médecine n'existe qu'incarnée par un soigné qui souffre et un soignant qui entend soulager cette souffrance. En somme, la Médecine est un dialogue. Le problème lorsqu'il s'agit de sexualité, c'est que le couple s'invite dans ce « dialogue ».

Une analyse de la littérature montre d'abord, qu'après des années d'absence, le couple s'impose dans la démarche médicale. De plus en plus d'études, de questionnaires validés et de protocoles de recherche prennent en compte sa dimension et l'interrogent sur sa satisfaction. Ces études, même si elles restent limitées et restreintes à une vision normative du couple, montrent que tenir compte du « nous deux » dans l'évaluation comme dans le suivi améliore ou permet la réussite des traitements. C'est le plus souvent sa dynamique intime qui pose l'indication des prescriptions pour prendre l'exemple des différents modes d'administration des IPDE5 dans la dysfonction érectile. En somme, l'évaluation clinique conduit de plus en plus de Médecins, non sexologues, à « *sexologiser* » leur culture médicale.

Rendons acte à la Médecine d'observer et de constater de mieux en mieux l'importance de la dimension sexologique dans son approche.

A tout nouveau champ clinique reconnu, il faut des spécialistes reconnus.

Mais, outre que la souffrance sexuelle du couple ne peut se résumer à un champ médical, reste qu'il ne suffit pas d'une volonté pour la prendre en charge. Il lui faut aujourd'hui de vrais spécialistes reconnus par une médecine qui s'aperçoit de mieux en mieux qu'elle doit « compter » avec eux.

RÉFÉRENCES

- 1) SICARD. D, *Une véritable pensée créatrice de soins*, 2007, Ethique, Médecine et Société, Ed Vuibert
- 2) Arrêt N°62 du CCNE - 18 novembre 1999 *Médicalisation de la sexualité : le cas du Viagra*.
- 3) JARDIN A, WAGNER G, KHOURY S, GIULIANO F, GOLDSTEIN I. *Recommendations of the first consultation on erectile dysfunction*. Health publications Ltd:2000.p.711-726
- 4) FISHER A, MEYRIN S, SAND M, ET AL. *Communication about ED among men with ED, and physicians: the strike up a conversation study* ; The journal of Men's Health and gender,2005
- 5) BAJOS.N ET BOZON. M *La sexualité à l'épreuve de la médicalisation*, Actes , N°128, 1999 Seuil
- 6) DUPONT B-M, *Epistémologie du raisonnement médical contemporain*, 2007, Ethique, Médecine et Société, Ed Vuibert

LA MÉDICALISATION DE LA SEXUALITÉ ET LA MÉDICALISATION DU COUPLE

Alain GIAMI

Inserm, U 822, Le Kremlin Bicêtre, F-94276, France
alain.giami@inserm.fr

Comment définir la médicalisation de la sexualité

Le sociologue américain Peter Conrad a défini "la médicalisation comme le fait de définir un problème en termes médicaux, d'utiliser un langage médical pour le décrire, d'adopter un cadre de pensée médical pour le comprendre, ou d'utiliser des formes d'intervention médicales pour le "traiter"" (Conrad, 2007). Le processus dynamique de la médicalisation consiste à conférer une nature médicale à des représentations et des pratiques qui n'étaient jusqu'alors pas appréhendées en ces termes. Il importe alors de savoir si la médicalisation a présidé à la définition même des phénomènes ou si au contraire la médecine s'est appropriée des phénomènes relevant d'autres registres de la connaissance savante tels que la théologie morale, le discours juridique ou même le sens commun (Giami, 2005). Plus récemment, les débats internationaux ont porté sur la transformation des problèmes humains de la vie quotidienne en des maladies pouvant être traitées à l'aide de médicaments (Conrad, 2007). Ce phénomène est désigné sous le terme de "*disease mongering*" (Cassel, Moynihan, 2006).

Ainsi, la médicalisation de la sexualité prend place dans un processus culturel plus général de médicalisation de la société, dans lequel on considère que tout un ensemble de problèmes humains peuvent être traités de façon médicale. La mise en œuvre de traitements pharmacologiques n'est que l'un des aspects de la médicalisation.

Les développements de la médicalisation de la sexualité

Si l'on s'inscrit dans ce référentiel théorique, la médicalisation de la sexualité ne date pas des 10 dernières années avec la mise sur le marché des premiers IPDE5 pour traiter des troubles de l'érection. On peut considérer qu'elle est antérieure à la fin du XIX^{ème} siècle et que le terme même de "sexualité", apparu dans la langue française aux alentours de 1836, est d'emblée un terme médical. Alain Corbin en a retrouvé la première apparition dans un ouvrage de K.F. Burdach traduit de l'Allemand et dans lequel la "sexualité" est mise en rapport avec les capacités reproductives de la femme. Corbin met bien en évidence comment la "vie sexuelle" avant l'apparition de la "sexualité" ne renvoyait pas à l'expérience de la reproduction mais plutôt à celle des plaisirs. L'introduction du terme de sexualité a ainsi contribué à établir une norme sociale de la sexualité placée sous le primat de la reproduction et de renvoyer les pratiques et les relations sexuelles non-reproductives dans le champ de la pathologie, de la déviance, des perversions et des aberrations sexuelles. A titre d'exemple, le terme d'hétérosexualité, issu du champ des perversions sexuelles, a initialement été utilisé pour désigner les relations sexuelles entre personnes de sexe différent en dehors de l'intention procréatrice. Tout le XX^e siècle a ensuite été le lieu d'un lent processus de dissociation de la vie sexuelle et de la reproduction qui a culminé au milieu des années 60 avec la diffusion de la contraception hormonale mise au point par Pincus. La sexualité s'est ainsi trouvée dans une situation de dissociation efficace et effective d'avec la procréation dans le contexte d'une découverte pharmacologique, de sa diffusion, de sa légalisation juridique, de sa prescription par les médecins et de son utilisation quasi généralisée par les femmes des pays du monde industriel. La médicalisation de la sexualité a connu ensuite un développement inattendu dans le champ de la santé publique, avec la mise au point des réponses préventives au risque d'infection à VIH. La médicalisation a ainsi contribué à identifier les pratiques sexuelles à risque d'infection et à formuler des recommandations comportementales d'utilisation des

préservatifs. La dernière étape de la médicalisation de la sexualité a consisté en la diffusion des traitements pharmacologiques des troubles sexuels masculins principalement. La nouveauté a résidé dans la diffusion de masse, de traitements qui restaient encore à un niveau confidentiel avec les injections intra-caverneuses. La mise au point et la diffusion des traitements des troubles sexuels féminins rencontre des obstacles techniques et scientifiques concernant la tolérance et l'efficacité, mais aussi des obstacles liés à des préjugés plus que centenaires sur la nature "spirituelle" de la sexualité féminine (Giami, 2007).

La médicalisation de la sexualité et le couple

Chacune des étapes de ce processus de médicalisation a eu des conséquences sur la vie sexuelle des individus et par ricochet sur les couples hétérosexuels. La mise au point de la contraception orale a placé le contrôle de la procréation sous la décision unilatérale des femmes (par rapport à des méthodes contraceptives plus interactives et nécessitant la participation de l'homme, comme le coït interrompu ou le préservatif) en même temps qu'elle a permis de libérer le déroulement du cycle de la réponse sexuelle humaine établi par Masters & Johnson (1966). L'utilisation du préservatif a réintroduit au sein de la sexualité du couple un objet technique visible et dont l'utilisation devant être négociée par les deux partenaires a contribué à modifier à nouveau le déroulement "naturel" de l'acte sexuel. Enfin, l'apparition des IPDE5 et de leurs dérivés a modifié la dynamique de la vie sexuelle au sein des couples, en rétablissant la possibilité d'une activité sexuelle dans des situations où celle-ci était devenue problématique (stress, maladies somatiques et fonctionnelles, mésententes et conflits conjugaux, dépressions). L'apparition de ces médicaments s'est faite dans un moment où la vie sexuelle des personnes âgées de plus de cinquante ans était en phase de reconnaissance sociale positive et l'espérance de vie sexuelle parmi les individus de ces tranches d'âge, en plein développement (Laumann, et al. 2008). Chacune de ces interventions médicales et pharmacologiques est dirigée vers l'individu, mais a des implications sur les "scripts interpersonnels" de la sexualité (Gagnon, 2008), en modifiant les représentations de chaque individu, les attentes potentielles à l'égard du partenaire, la nature des communications verbales et non-verbales nécessaires au bon déroulement des relations sexuelles. On n'a pas encore assez de recul pour évaluer les changements individuels et interpersonnels qui seront occasionnés par l'utilisation des médicaments visant à traiter les troubles du désir chez les femmes.

Ainsi, les différentes formes de la médicalisation de la sexualité ont toujours eu un impact sur la vie sexuelle des couples qu'il convient de prendre en compte.

RÉFÉRENCES

- BAJOS, N. FERRAND, M. (eds.). *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*. Paris : Inserm, 2002.
- BURDACH, KARL FRIEDRICH, JOURDAN, A. J. L. *Traité physiologie considérée comme science d'observation*. Paris : J.B. Baillière, 1837-1841.
- CONRAD, P. *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore : Johns Hopkins University Press, 2007.
- CASSELS, A., MOYNIHAN, R. Les nouvelles techniques publicitaires de l'industrie pharmaceutique. Pour vendre des médicaments, inventons des maladies. *Le monde diplomatique*, Mai 2006, pp. 34-35.
- GAGNON, J. *Les scripts de la sexualité. Essais sur les origines culturelles du désir*. Paris, Payot, 2008. (Tr. Française)
- GIAMI, A. *La médicalisation de la sexualité. Foucault et Lanteri-Laura : un débat qui n'a pas eu lieu*. *L'évolution psychiatrique*, 2005, n° 70, 283-300.
- GIAMI A. *Fonction sexuelle masculine et sexualité féminine. Permanence des représentations du genre en sexologie et en médecine sexuelle*. *Communications*, 2007, n° 81, p. 135-151.

- GIAMI, A., SPENCER, B. *Les objets techniques de la sexualité et l'organisation des rapports de genre dans l'activité sexuelle : contraceptifs oraux, préservatifs, traitements des troubles sexuels.* Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2004, Vol 52 (4), pp. 377-387.
- LAUMANN, E. O., DAS, A., WAITE, L. J., & AL. *Sexual Dysfunction among Older Adults: Prevalence and Risk Factors from a Nationally Representative U.S. Probability Sample of Men and Women 57–85 Years of Age.* Journal of Sexual Medicine, 2008, 5(10), 2300-2311.
- MASTERS, W., & JOHNSON, V. (1966). *Human sexual response.* Boston: Little Brown and C°. (tr.fr. 1968).

SESSION DE TRAVAIL

CONTROVERSE

Quand une consigne devient-elle thérapeutique ?

Du coaching aux TCC (Thérapies Cognitivo-Comportementales)

- Le point de vue du coach
B. MELET
- Le point de vue du psychothérapeute
J.R. DINTRANS

CONTROVERSE

QUAND UNE CONSIGNE DEVIENT-ELLE THÉRAPEUTIQUE ? DU COACHING AUX TCC

Ce ne sera pas une controverse mais un échange, non une opposition de réponses/certitudes stériles mais une tentative d'apposition de questions fécondes.

Chaque intervenant exposera pendant un tiers du temps imparti la/les pratique/s correspondant à son champ propre puis avec la participation de l'assemblée tous deux engageront pendant le troisième tiers un questionnement sur les processus à l'œuvre dans le procès de changement des êtres.

LE POINT DE VUE DU COACH

Benoît MELET

35 avenue de Friedland 75008 Paris
melet.associes@orange.fr

Le mot « coaching » est aujourd'hui entouré, pour le moins, d'imprécisions qui laissent fleurir des attentes variées et parfois inaccessibles dans ce cadre.

Le coaching se décline ainsi très différemment dans quatre univers : sportif, professionnel, personnel, des entreprises ou des marques (offres de services personnalisés).

Le coach professionnel doit répondre, lui, à des critères précis en termes de parcours de développement personnel, d'expériences professionnelles et de formations pluridisciplinaires.

Il existe aussi encore une certaine confusion que nous nous efforcerons de lever entre les métiers du conseil, du coaching, de la thérapie, voire des approches de la relation d'aide tels que le tutorat ou le mentoring.

Même si, bien sûr, certains actes de coaching se révèlent, in fine, thérapeutiques. La pratique du coaching, en conséquence, exige de sérieuses références dans le champ des sciences humaines.

La capacité de travail dans la relation, qui demeure en définitive le principal vecteur du changement, constituant l'autre versant incontournable.

Nous serons ainsi amenés à préciser ce qui caractérise et différencie tout à la fois la pratique et la posture du coach. Nous soulignerons également l'importance de la phase d'analyse de la demande et le positionnement de la stratégie, par exemple, entre démarche adaptative et maïeutique.

S'agissant maintenant de la nature des interventions du coach, elles dépendent, bien sûr, fondamentalement du champ de la psychologie auquel il se réfère principalement : humaniste-existential, psychanalytique, cognitivo-comportemental, systémique, voire intégratif.

La consigne, l'injonction, la prescription n'ont de sens que dans un cadre défini sous-tendu par un référentiel théorique. C'est la croyance du coach, mais aussi en l'occurrence du thérapeute, en une certaine théorie du changement qui justifie de ses interventions et de leur nature ou de ses non-interventions.

S'il n'y a, par exemple, de changement véritable que spontané, n'est ce pas plutôt l'absence de consigne, ou alors une consigne paradoxale, qui serait thérapeutique ?

LE POINT DE VUE DU PSYCHOTHÉRAPEUTE

Jean-Roger DINTRANS

16 rue de la grange bateliere 75009 (Paris)
jean.ro.din@wanadoo.fr

Consigne (de consignare « marquer d'un signe d'un sceau ») : avant le 17^{ème} siècle, ce qui est déposé par écrit, le témoignage puis à partir du 17^{ème} siècle l'agent chargé de surveiller les mouvements des personnes et des marchandises. De nos jours en contexte militaire puis en contexte scolaire, une défense de sortir par mesure punitive, et plus couramment désormais à propos du service chargé de la garde de certains objets.

Thérapeutique (de therapeutikos « qui prend soin de », lui-même de Therapeuein « prendre soin », « servir (dieu) », lui-même dérivé de Therapôn voulant dire dans Homère : « écuyer » le serviteur, l'écuyer d'un guerrier) : « qui prend soin » (15^{ème} siècle).

Thérapeute (de therapeutês « serviteur, adorateur ») : personne qui soigne les malades, spécialisés dès ses premiers emplois dans un contexte psychologique (19^{ème} siècle) .

Résumons. Consigne : qui est marqué d'un sceau ; surveiller, punir, garder. Thérapeutique/thérapeute : écuyer ; servir, prendre soin, soigner... Comme bien souvent la réponse est donc contenue dans la question ! Une consigne en soi n'est jamais thérapeutique... sauf à être une injonction paradoxale.

Mais alors où se déplace la question ?

Sans doute sur le processus considéré comme thérapeutique :

- qu'est-ce qu'être thérapeutique ?

- qu'est-ce qui est thérapeutique ? (Quel est le processus qui a fonctionné quand on est amené à considérer qu'on a été thérapeutique ? Comment a-t-il fonctionné?)

Pour jeter les bases de ce questionnement, je rappellerai les pré-requis méthodologiques des prises en charge cognitivo-comportementales, dont au moins deux éléments fondamentaux s'opposent à la notion de consigne stricto-sensu - la recherche de l'autonomie du patient/client et la nécessité d'une l'alliance thérapeutique.

Puis je rappellerai les résultats connus concernant les facteurs corrélés avec la réussite d'une psychothérapie quelle qu'en soit sa base méthodologique.

En partant d'une part, des divergences/convergences constatées entre les pré-requis des techniques cognitivo-comportementales et ceux du coaching, d'autre part des données connues concernant les facteurs de réussite/efficacité d'une psychothérapie quelle que soit sa méthodologie, je proposerai d'interroger nos différentes pratiques et de tenter de soutenir ensemble le questionnement concernant les processus qui y sont à l'œuvre.

RÉFÉRENCES

1/ *Le métier de coach*, 2002, F. DELIVRE, Ed. d'Organisation,

2/ *Réussir un coaching*, 2003, J.-A. MALAREWICZ, Village Mondial

3/ *Le guide du coaching*, 2002, J. WHITMORE, Maxima

4/ *Le coaching*, 2005, P. ANGEL ET P. AMAR, P.U.F. Que sais-je ? n° 3724,

5/ *Le guide pratique du Life Coaching*, 2004, D. LEFRANÇOIS, Gualino Editeur

5/ *Manuel de thérapie comportementale et cognitive* (1998,2004) B. SAMUEL-LAJEUNESSE et coll., Dunod, Paris.

6/ *Les dysfonctions sexuelles* (2000) G. TRUDEL, Presses de l'université du Québec, Sainte Foy (France : distribution du nouveau monde, Paris).

7/ *Précis de thérapie cognitive* (1993) C. MIRABEL-SARRON, B. RIVIÈRE, Dunod, Paris.

SESSION DE TRAVAIL

LE COUPLE EN MAL DE RELATION SEXUELLE

Les milles et une facettes des troubles du désir

- Saynètes de consultations

Metteur en scène : F. PARPAIX - “Thérapeutes” et “couples non désirants”

Avec la participation de :

B. RENGIER, C. ROBERT, M. VELUIRE

Quelles stratégies utiliser ?

avec le soutien du laboratoire UCB

- Discussion des vignettes cliniques

- Conclusions : identifier et prendre en charge un trouble du désir dans le couple.

- Place de l'urologue

A. FAIX

- Place du gynécologue

P. LEUILLET

- Place du psychiatre

P. BLACHÈRE

- Place du médecin généraliste

M. SÉGALAS

- Place du sexologue clinicien :

A. SEVÈNE

- Synthèse et coordination :

A. FAIX ET F. PARPAIX

LE COUPLE EN MAL DE RELATION SEXUELLE

Quelles stratégies utiliser ?

François PARPAIX

Médecin sexologue et psychothérapeute
Consultant aux Hôpitaux Universitaires de Genève
Les Cèdres, 1 rue des tilleuls
Amphion-les-bains - 74500 Publier
Francois.parpaix@club-internet.fr
www.couple-et-sentiments.fr

Le désir sexuel dans le couple est protéiforme dans sa constitution comme dans son expression. Il nécessite une intégrité anatomique et physiologique et réclame une compétence érotique minimale. En plus d'interpeller la fonction de plaisir, il étalonne la relation à deux, sur le plan sexuel autant que sentimental ; au même titre qu'il rend possible un rêve de grossesse ou un besoin de sécurité affective...

Les causalités facilitatrices d'une baisse du désir sexuel sont multiples et intriquées : événements extérieurs (chômage, excès de travail, intendance familiale, argent...) sources de stress et de fatigue, vieillissement du corps, comorbidités, relation extra conjugale, jalousie, les difficultés à exprimer ses émotions et à communiquer.

Nous évaluerons en priorité les causalités plus directes : une défaillance hormonale et organique, une absence de repérage du senti interne de l'excitation sexuelle, une intrusivité pénienne ou une réceptivité vaginale peu investies, l'influence des modes d'excitation sexuelle limitatifs, l'ignorance des règles de séduction dans le quotidien et l'usure des codes d'attraction sentimentaux et sexuels dans le couple,... Autant de raisons de fragiliser le désir sexuel.

A l'aide de saynètes, vous allez découvrir 3 couples se trouvant en délicatesse avec le désir sexuel, recouvrant les principaux contextes cliniques :

- . Nolwen l'« analphabète sexuelle » et Fabrice le grand fusionnel.
- . George et Raymonde qui s'aiment encore mais ne se supportent plus.
- . Lucien, résistant aux IPDE5 et sa peur de l'échec avec Simone, sa compagne des bons et des mauvais jours.

Une évaluation clinique a été faite, c'est l'heure des propositions thérapeutiques.

Dans une réflexion polyphonique à haute voix, 5 thérapeutes raisonneront et échangeront devant vous !

Le premier à prendre la parole, car le premier sollicité, sera un médecin généraliste ; précisant lui-même, qu'il n'est pas sexologue. Au carrefour de l'accueil de la plainte du couple qu'il se doit d'entendre, il énoncera les premiers mots, forcément importants et rédigera les premières prescriptions, lourdes de conséquence. Maurice Segalas avertit : *"Des femmes, des hommes ou des couples peuvent consulter en médecine générale pour des troubles du désir sexuel."*

Au médecin d'offrir son écoute, de repérer la plainte : faible lubrification, dyspareunies, vaginisme, anorgasmie coïtale, dépression, cap de la ménopause mal vécue, andropause, dysfonction érectile et/ou éjaculation précoce, conflit conjugal, etc...

Exercice difficile pour un médecin généraliste, débordé et le plus souvent peu sensibilisé aux problèmes sexuels et conjugaux. Pourtant, en plus d'une évaluation et d'un premier bilan paraclinique de débrouillage, il peut amorcer certains traitements (lubrifiant, THS, antidépresseurs, IPDE5...). Il prodiguera quelques conseils en psychoéducation sexuelle...

Devant des difficultés organiques, sexuelles et relationnelles plus complexes, le médecin généraliste prendra un avis plus spécialisé (sexologique, gynécologique, andrologique, psychiatrique ou une psychothérapie individuelle ou de couple...)" Loin d'être un candide, il est acteur à part entière, déjà par son attitude, qu'il le veuille ou non, même en faisant la sourde oreille.

S'exprimeront ensuite 2 spécialistes de l'appareil uro-génital... Eux aussi, soulignent qu'un trouble du désir sexuel exprimé directement ou non, demande de leur part, une conscience sexologique élargie :

Le propos de Patrick Leuillet est rassurant de ce point de vue : *« Même si l'abord spontané de la sexualité dans le cadre d'une consultation de gynécologie reste aujourd'hui encore relativement rare, le praticien peut être interpellé par une demande d'aide. Il peut s'agir d'une femme souffrant de difficultés sexuelles sous la forme d'un symptôme spécifique d'ordre sexuel ou le plus souvent celui-ci est exprimé d'une façon très polymorphe : dit, non-dit, déplacé, dénoncé.*

Face à ce polymorphisme, deux éléments importants sont à prendre en compte par le gynécologue :

- Tout d'abord, il est essentiel de rappeler l'importance de tous les événements liés à certaines périodes de la vie génitale de la femme notamment ceux qui gravitent autour de la maternité et la ménopause, périodes investies émotionnellement et particulièrement fragilisantes.

- Par ailleurs, il doit prendre conscience que devant toute symptomatologie gynécologique douloureuse persistante dans le temps, d'autant plus que celle-ci tend à se chroniciser, il peut s'agir d'une plainte sexuelle masquée qui renvoie la femme au vécu de sa féminité. La symbolique du lieu où s'exprime le corps en se mettant à souffrir est signifiante. Les douleurs génitales de la femme sont souvent des douleurs de la sexualité.

Tout ceci pour dire l'importance du gynécologue face aux problématiques sexuelles et notamment face à un trouble du désir dans un couple, problématique sexuelle fréquemment rencontrée. Le gynécologue est souvent le premier – et parfois même le seul – interlocuteur de la femme dans son intimité. Le gynécologue est l'interlocuteur privilégié de la femme, peut-être même, de ce fait, celui du couple. A ce titre, en matière de sexualité, il a certainement un rôle d'écoute, de dépistage, de conseil en vue d'une orientation plus spécifique. »

Antoine Faix, urologue, tout de sobriété dans le propos, exprime bien qu'un geste, simple en soi, devra prendre en compte le contexte dans lequel il s'inscrit. L'injection IIC n'a de sens qu'inscrite dans l'adhésion de ce patient, sous-tendue par son désir sexuel : *« En tant qu'urologue, la dysfonction érectile est le symptôme le plus courant, souvent organique mais avec un échec des inhibiteurs de la phosphodiesterase 5 et envoyé par le généraliste pour mise en route d'un traitement par injection intra-caverneuse ; c'est alors que le désir finit le plus souvent par capituler devant la peur de l'aiguille... Comment gérer cette consultation de toutes les incompréhensions et réunir désir et injection , tel est la mission de l'Urologue –Andrologue ? »* conclue-t-il.

L'avis du psychiatre pondérera bien des enthousiasmes irréalistes de couples et... de thérapeutes. Patrick Blachère l'exprime ainsi : *« En tant que psychiatre, l'approche clinique des troubles du désir doit faire évoquer de nombreuses étiologies de la classique dépression à des étiologies moins connues mais bien réelles comme les troubles anxieux. Sur ce, il importe de rappeler que l'erreur à ne pas commettre est de promettre une guérison. En effet bien souvent même avec une prise en charge bien menée (obligation de moyens) il n'y aura que peu ou pas de « résultats ». Le thérapeute devra alors se résoudre à amener le couple à faire des compromis. Faire le deuil de la guérison ou de la synchronisation parfaite du désir des 2 partenaires est parfois un moyen de découvrir que l'on peut vivre en couple en étant différent. Une thérapie a pour finalité le soulagement, l'apaisement de la souffrance et non la recherche à tout prix de la solution miracle. Parfois, elle peut sauver le couple sans guérir le trouble du désir ».* Propos à méditer, même si le défi sera de prendre en compte la dépression, l'histoire de la personne, sexuelle en particulier ; En l'aidant à « Tendre vers... », on cultive son espoir légitime et c'est déjà une belle victoire pour la personne et le couple.

Une réflexion sexologique rigoureuse, clinique, chaleureuse, se consacrant à chacun des acteurs est incontournable, dans l'intérêt du couple. S'ensuivront des objectifs thérapeutiques sexologiques, élargis si nécessaires, quelques soit la sensibilité du sexologue, répondant à la demande du couple et fixant les besoins de chacun.

Arnaud Sévène, à la fin de ces commentaires, apportera précisément ce regard de sexologue, fera rêver ce couple, partant de leur demande d'un désir (ré)habité et le menant jusqu'à la fonction de plaisir partagée : *« Elle a tout : elle est jeune, belle et intelligente et ils s'aiment. Mais elle se plaint de ne pas avoir « d'envie » sexuelle. Elle attend que l'autre (r)éveille en elle ce désir qu'elle n'a pas. Qui n'a pas eu en consultation cette « Belle au bois dormant » ? C'est une « vraie » consultation de sexologie mais aussi un « vrai défi ». Tant qu'elle attendra de lui qu'il lui fournisse la solution, elle ne pourra pas trouver les clés de son désir. Tant qu'ils s'imagineront que c'est lui le responsable du désir de l'Autre, rien ne se passera. Tant qu'il fera peser sur elle la colère liée à sa frustration, les facteurs relationnels (le poids de la culpabilité qui pèse sur elle) inhiberont sa recherche. La première étape indispensable à initier dans la prise en charge pour le sexologue clinicien consiste à aider la patiente à trouver des motivations qui lui sont propres (et non la seule satisfaction de son partenaire) à la recherche de son désir sexuel. »*

Nous laisserons au professeur Willy Pasini le soin de conclure cet atelier sur les mille et une facettes du désir dans le couple. Il nous offre déjà une première réflexion, reprenant le titre de son livre *« La force du désir »*, fruit du recul que procure des années de consultations, mettant le désir sexuel de Homo éroticus et du couple en perspective :

« Le désir sexuel est actuellement en crise dans plusieurs pays du monde parce qu'il est en compétition avec d'autres désirs de consommer. Aux Etats Unis et au Japon les récentes recherches sociologiques montrent que le désir de faire carrière et de faire de l'argent est plus important que le désir sexuel du couple.

De plus, le désir sexuel n'est plus une énergie liée aux émotions intimes mais une marchandise, un objet de consommation. La publicité elle-même est responsable d'appauvrir l'eros.

Une augmentation croissante de personnes considère que le sexe engendre plus de complications que de satisfactions et qu'il vaut mieux s'en passer.

En revanche, les couples qui ont toujours du désir, oscillent entre deux pôles extrêmes de la répétition et de la transgression. La répétition des mêmes caresses ou des mêmes horaires a deux fonctions: elle rassure et le désir qui devient prévisible peut être anticipé et donc pour certaines personnes il est excitant. Il assure un lien érotique continu dans le couple en évitant toute rupture du rythme sexuel. En revanche, le désir transgressif donne au transgresseur une perpétuelle quête de nouveautés et pour eux la sexualité et pas l'Autre devient un continent à explorer sans fin et sans limite. »

Sur scène et en direct, des sexothérapeutes, d'horizons divers, fixeront les objectifs et proposeront des moyens thérapeutiques hiérarchisés, individuels et pour le couple.

Une démarche plurielle : médicale, psychologique mais surtout sexologique et conjugale.

Patrick BLACHÈRE

Médecin psychiatre, sexothérapeute

3 place du Revard - 73100 Aix les Bains

Tel : 04 79 88 32 93

blacheraix@wanadoo.fr

Antoine FAIX

Médecin urologue-andrologue

CESAME Maison Médicale EUROMEDECINE

rue du Caducée - Montpellier - France

T : 06 09 76 70 59 / 04 67 02 92 22

a.faix@languedoc-mutualite.fr

Patrick LEUILLET

Gynécologue, sexologue, sexothérapeute
Patricien hospitalier, Centre de Gynécologie-Obstétrique du CHU d'Amiens,
Directeur d'enseignement du DIU de Sexologie d'Amiens
17, rue de la République, 80000 Amiens
dr.leuillet@orange.fr

Maurice SÉGALAS

Médecin généraliste
2, rue des sols - 32200 Gimont

Arnaud SÉVÈNE

Secrétaire général de la SFSC
Directeur d'enseignement au DIU de sexologie de Paris V
26 rue de la tour - 75116 PARIS
Tel : 01 45 24 41 21
arnaud.sevene@free.fr

RÉFÉRENCES

- ALEXANDRE B., *Intra-cavernous injections of prostaglandin E1 for erectile dysfunction: patient satisfaction and quality of sex life on long-term treatment*, J. Sex. Med. 2007 Mar ; 4(2) : 426-31
- BONIERBALE M., *De la difficulté sexuelle à la dysfonction sexuelle*, 1^{ère} assises françaises de sexologie et de santé sexuelle, AIHUS 2008, Sexologies, (2009) 18,1: 28-31
- BRIZENDINE L., *Les secrets du cerveau féminin*, Grasset, 2008
- El Feki Mansour, *La sexothérapie*, De Boeck, 2007
- HATZIMOURATIDIS K., *A comparative review of the options for treatment of erectile dysfunction : which treatment for which patient ?*, Drugs 2005 ; 65(12) : 1621-50
- LACHOWSKY M., « *Un temps pour les femmes* », Editions Odile Jacob, 2005
- LOPEZ P., POUDAT F. X., *Manuel de sexologie*, Masson, 2007, 50-59
- PARPAIX F., *Préserver et recréer le désir au fil du temps*, Réflexions en Gynécologie-Obstétrique, 2008, 5 (1) :188-192.
- PASINI W., *La force du désir*, Ed. Odile Jacob, 2002
- PORTO R., *Dysfonctions sexuelles féminines*, 36^{ème} séminaire de perfectionnement en sexologie, AIHUS 2006.
- STOLÉRU S., REDOUTÉ J., *Le désir sexuel hypoactif*, Sexologies, 2005, (XIV), 52 :31-36.
- TRUDEL G., *La baisse du désir sexuel. Méthodes d'évaluation et de traitement*, Masson, 2003.

SESSION DE TRAVAIL

DIALOGUE THERAPEUTIQUE

Faut-il traiter le symptôme sexuel en couple ou en individuel ?

- Pourquoi une prise en charge individuelle ?

J. CHAUMERON - P. BRENOT

DIALOGUE THERAPEUTIQUE

Faut-il traiter le symptôme sexuel en couple ou en individuel ?

Jacques CHAUMERON

Psychiatre, psychanalyste
22 av Libération 86000-POITIERS
jacqueschaumeron@wanadoo.fr

Pourquoi une prise en charge individuelle ?

La sexualité humaine ne peut se résoudre à la compréhension de compétences anatomo-physiologiques ni à leur exercice. Parce qu'elle est aussi, le résultat d'un long processus psychodynamique, nous devons parler chez l'Homme de psychosexualité qui n'est plus seulement ce qui se manifeste dans son comportement sexuel mais est aussi ce qui le préfigure, le présuppose, le prédestine, bref le surdétermine : cet "en plus" qui fait de la sexualité humaine autre chose que ce qui en est observable explicitement et qui s'inscrit dans la singularité d'une histoire individuelle. Pourtant, ce qui pourrait être, aujourd'hui, la caractéristique de nos sociétés occidentales est la nature même d'un discours sexologique avant tout médical prônant une sexologie fonctionnelle, privilégiant une pragmatique de l'efficacité au détriment d'un ordre symbolique qui pourtant, nous institue comme sujet. Ainsi c'est peut être oublié, que dans le domaine de la sexualité humaine, le langage du symptôme est encore le langage du sexuel, dans l'arrangement individuel qu'il institue à notre insu, nourrissant de fait l'idiosyncrasie qui surligne la dysfonction sexuelle.

Par ailleurs et d'une façon corollaire, le trouble sexuel, quel que soit son étiologie, a une qualité particulière, celle de son incidence psychologique ; il est blessure narcissique, porte en lui la perte de l'estime de soi et le doute, autant d'incidence qui par « feed-back » renforce la défaillance et capte l'attention dans une interaction morbide. L'homme, la femme défaillants sont en alerte, obsédés par un scénario qu'ils connaissent trop bien et qu'ils savent répétitif, quitte à le reconduire. Cette conduite de l'échec si elle peut être entendue dans l'interaction particulière qui lie deux partenaires dont l'un porterait le symptôme, doit également être réassignée dans l'histoire singulière du porteur symptomatique.

Les différents moyens thérapeutiques actuels à notre disposition, s'ils restituent, la plupart du temps, la fonction, n'en demeurent pas moins les échos des manques passés. Parce qu'ils sont les objets métonymiques du trouble, leur maniement nécessite l'accompagnement et la prise en compte de la spécificité de la sexualité humaine qui ne se résume pas à une fonction : la fonction sexuelle, pas plus qu'elle ne se résout à un agir : l'acte sexuel.

C'est dans la situation duelle d'un « colloque singulier » que l'écoute thérapeutique permettra cette nécessaire mise en perspective historique du symptôme, lui donnant un sens qui jusque là échappait.

BIBLIOGRAPHIE

- FREUD S., *Trois essais sur la théorie de la sexualité* (1905), Gallimard, 1989.
- FROGNEUX – DE NEUTER (ss dir.), *Sexualités, normes et thérapies*, Academia Bruylant, 2006.
- GREEN A., *Les Chaines d'Eros*, Odile Jacob, 1997.
- LOPES P. ET POUDAT F.X. (ss dir.), *Manuel de Sexologie*, Masson, 2007.

Pourquoi une prise en charge individuelle ?

Le couple est la dimension vraie de la sexologie. Il n'est aucun symptôme sexuel qui n'engage le couple dans sa dynamique psychologique et relationnelle, tant par la répercussion au niveau de la psychologie individuelle que dans la relation à deux. On a pu ainsi montrer combien le trouble sexuel, symptôme d'une histoire névrotique du sujet, devenait naturellement symptôme du couple, produisant par la même un comportement d'adaptation de la part du, ou de la, partenaire. De même qu'une situation relationnelle particulière du couple s'exprime souvent par un symptôme fonctionnel chez l'un ou l'autre partenaire. Ceci est bien connu des thérapeutes familiaux ou systémiques, ceci doit être mieux compris aujourd'hui des praticiens qui ont l'habitude de recevoir le sujet seul.

Dans cette perspective il nous apparaît toujours plus intéressant, devant un symptôme d'appel, au plan de la compréhension du système et donc de la résolution de la problématique individuelle, de rencontrer impérativement au moins une fois le couple. Cet entretien doit se faire séparément avec chaque partenaire, dans un cadre très clairement réfléchi permettant d'éviter la suspicion de l'autre, et nécessitant le clivage très strict des deux entretiens. Cet entretien de couple peut être unique — il est nécessaire pour l'établissement d'un diagnostic sexologique — il peut être renouvelé et donner lieu à un suivi thérapeutique du couple. Il a le mérite d'être un moment d'observation et d'orientation vers la prise en charge du couple ou l'indication d'une thérapie individuelle.

Cette forme de l'entretien de couple nous introduit également à une autre dimension fondamentale de l'approche en sexologie, celle des thérapies intégratives. La sexualité humaine est un objet complexe nécessitant plusieurs modes de lecture, d'explication et de suivi en lien avec les dimensions psychique, relationnelle, sociale, biologique... qui sont en jeu. Les approches thérapeutiques en sexologie se doivent ainsi d'être intégratives de tous les climats qui concourent à l'organisation du symptôme sexuel. Le couple est encore la dimension la plus intégrative.

BIBLIOGRAPHIE

- BRENOT P., *Inventer le couple*, Paris, Odile Jacob, 2003.
- GELLMAN R ET C., *Sexothérapies intégratives*, ESF, 1997.
- MASTERS W. H. ET JOHNSON V. E., *Les Mécontentes sexuelles*, Paris, Laffont, 1971.
- PASINI W., *A quoi sert le couple ?*, Paris, Odile Jacob, 1996.
- WILLI J., *La relation de couple, le concept de collusion*, Neuchatel, Delachaux et Niestlé, 1982.

SESSION DE TRAVAIL

LE COUPLE EN DIFFICULTÉ SEXUELLE

Y a-t-il toujours un couple derrière le symptôme ?

Quand c'est LUI qui consulte

avec le soutien des laboratoires LILLY

Coordinateurs : M. CHEVRET-MEASSON, F. COUR, N. THIOUNN

- Attentes et prises en charge professionnelles du couple et de sa sexualité
- L'homme accepte-t-il la participation de son couple à la prise en charge de ses difficultés ?
- L'homme et ses difficultés
 - L'éjaculation précoce est au premier plan
R. PORTO
 - La dysfonction érectile motive la consultation
F. COUR

Quand c'est ELLE qui consulte

avec le soutien des laboratoires PROCTER & GAMBLE

Modérateurs : N. ARNAUD BEAUCHAMPS, S. MIMOUN

- Je n'ai pas d'orgasme
M-H. COLSON
- J'ai mal pendant les rapports
S. MIMOUN
- On ne peut pas me pénétrer
N. GRAFEILLE
- Synthèse : Le traitement du symptôme est-il toujours suffisant ?
N. ARNAUD BEAUCHAMPS

QUAND C'EST LUI QUI CONSULTE L'éjaculation précoce est au premier plan

Robert PORTO

Psychiatre sexologue
Rédacteur en Chef de la revue Sexologies
48 boulevard du Dr. Rodocanachi - 13008 Marseille
robert.porto@worldonline.fr

Détail minime dans la vie d'un homme (quelques secondes et quelques millilitres quelques fois par semaine), l'éjaculation est pourtant d'une importance majeure pour la survie de l'espèce, et son délai de survenue conditionne l'harmonie de bon nombre de couples. En effet l'approche de l'E.P. implique obligatoirement le couple car dans l'option autoérotique cette D.S. n'existe plus.

L'intérêt de la question repose sur :

- La fréquence de l'E.P. =

- 26% (Gebhart & Johnson 1979 sur 5637 sujets)
- 36 à 38% (Spector & Carey 1990 sur 23 études)
- 6,5% E.P. souvent, 33,1% E.P. parfois enquête CSF sur 1264 personnes des 2 sexes (Levinson 2008) ;
- Moins de 5% par chronométrage, ce qui sous-entend l'existence d'une forme subjective d'E.P. à latence éjaculatoire intra-vaginale normale ou longue (Waldinger 2008)
- La variabilité des données résultant de celle des définitions et de la non -distinction entre E.P. primaire et E.P. secondaire.

- L'impact de l'E.P. =

- Sur le sujet porteur : impact négatif supérieur à la D.E. sur la qualité de vie (perte d'image, repli...).
- Sur la partenaire : (frustration, culpabilité, inhibition, agressivité...)
- Les « rapports trop rapides » sont la plainte la plus fréquente : 21,3% d'E.P. dans les troubles du désir, 48,5% dans l'absence de plaisir (Riley & Riley 2005).
- Sur la vie du couple : (espacement des rapports, rupture de l'intimité affective, rancune réciproque, séparation...)

- La différence de perception du trouble selon le sexe =

Les femmes semblent moins sévères que les hommes dans le vécu de l'E.P. :
6% contre 9% (Fugl & Meyer 2002) 27% contre 32% (Byers & Grenier 2003) Pour elles, cela représente moins un problème que pour les hommes :
39% contre 49% (Fugl & Meyer 2002).

Modalités de prise en charge

Le réflexe éjaculatoire peut être modulé par les interrelations affectives du sujet et de sa partenaire, les attitudes de base et réactionnelles de cette dernière et les stimuli environnementaux facilitants ou inhibants.

Tenir compte uniquement des aspects fonctionnels de l'E.P. sans s'occuper de la perception qu'en ont le sujet et sa partenaire serait une erreur.

Il faudra donc identifier et traiter non seulement les facteurs individuels de vulnérabilité (alexithymie (Simonelli 2008), pathologie des modèles, ...) et les conséquences de l'E.P. sur le sujet, la partenaire et la vie du couple mais également les facteurs déclenchants et d'entretien inhérents à la partenaire.

Stratégies thérapeutiques :

Selon le fonctionnement psycho relationnel et sexuel du couple, chacun des domaines précédents fera l'objet de techniques adéquates.

Les hommes consultent peu pour E.P. : 1,3% (6,3% si une D.E. est associée et jusqu'à 10,5% si un trouble du désir s'y ajoute) (Levinson 2008).

En effet la (dys) fonction sexuelle n'a pas pour tous une place prépondérante dans la vie sexuelle.

E.P. primaire

L'E.P. primaire est une affection difficile à guérir et nécessite une prise en charge psycho dynamique ainsi qu'une approche psycho corporelle de ces patients pour modifier leur perception temporelle et acquérir une meilleure gestion de leur excitation. La partenaire nécessitera une prise en charge et un soutien spécifiques et le couple fera l'objet d'une sexothérapie d'adaptation.

E.P. secondaire

Dans l'E.P. secondaire, on devra prendre en charge par les méthodes adéquates l'ensemble des facteurs déclenchants ou d'aggravation ainsi que les conséquences.

Les traitements médicamenteux s'intégreront utilement à certains moments de la prise en charge pour franchir un cap de manière temporaire.

L'homme consulte donc seul, mais, s'agissant d'une problématique de couple, il faudra rencontrer la partenaire en utilisant surtout si elle est réticente l'argument de sa nécessaire coopération pour le soigner (co-thérapeute). On s'assurera qu'elle est encore motivée pour sauver son couple.

L'objectif du traitement devant être décidé par le patient (ici le couple) il conviendra d'en décider à la lumière des deux évaluations.

Concernant le sujet E.P. Humilié, déprimé, culpabilisé :

Une thérapie psycho dynamique : aidera à résoudre toute problématique inhérente à la mère, fera comprendre la peur de l'abandon et améliorera la dépression éventuelle en luttant contre la dévalorisation.

Une thérapie assertive : renforcera l'image de soi et aidera le patient à assumer un rôle plus affirmé dans le couple en même temps qu'elle corrigera la tendance à la culpabilité et au repli relationnel.

Une approche corporelle : (Sensate focus relaxation, hypnose) enseignera au sujet à mieux supporter des niveaux élevés d'excitation.

Une sexothérapie : visera à rétablir une intimité physique sans risque (Sensate focus avec interdiction de rapports) et incitera à la reprise des câlins tendres, et des rapprochements affectifs. Si une D.E. écran a fini par s'installer après une longue période d'EP, il s'agit d'un cache-misère qui se résoudra par le traitement de l'EP.

Concernant la partenaire de l'E.P.

Une thérapie de mise à plat des problèmes, centrée sur la compréhension et l'information permettra de prendre en charge sa culpabilité, sa frustration, d'explicitier et résoudre les conflits conjugaux fréquents : jalousie, rancune, problématiques familiales...avant de pouvoir atténuer son éventuelle agressivité.

Une sexothérapie permettra de prendre en charge une possible dysfonction sexuelle féminine compromettant l'harmonie nécessaire ou étant à la base ou entretenant l'EP (vaginisme, trouble de l'excitation...).

Par petites touches, on améliorera chaque fois un point nécessaire au progrès de l'autre et réciproquement en ayant établi préalablement une hiérarchie et en s'attaquant d'abord à l'obstacle empêchant d'atteindre les autres.

Une sexothérapie plus spécifique comme la squeeze technique ne sera appliquée que lorsque la prise en charge des facteurs inhérents à la partenaire aura pu créer (ou recréer) les conditions favorables pour une reprise sécurisée de l'activité sexuelle. Cette mesure spécifique pourra être précédée d'une période de pharmaco thérapie –IPDE5, ISRS (Chen J. , 2007) parfois nécessaire pour mieux accepter la technique de compression.

Ces recommandations sont à connaître, mais il faut savoir changer son fusil d'épaule en cas de besoin et être créatifs.

MOTS CLEF :

Éjaculation prématurée , épidémiologie, stratégies thérapeutiques, la partenaire de l'E.P.,

BIBLIOGRAPHIE :

- BYERS ES, GRENIER G. *Premature or rapid ejaculation : heterosexual couples'perceptions of men's ejaculatory behavior*. Arch Sex Behav 2003 ; 32 (3) : 261-70.
- CHEN J. , KEREN-PAZ G., BAR-JOSEF Y., MATZKIN H. Eur Urol 2007 ; 52 : 1331-39 « *The role of phosphodiesterase type 5 inhibitors in the management of premature ejaculation, a critical analyis of basic science and clinical data* ».
- FUGL-MEYER KS, FUGL-MEYER AR. *Sexual disabilities are not singularities*. Int J Impot Res 2002 ; 14 : 487-93.-
- HARTMANN U, SCHEDLOWSKI M, KRÜGER THC. *Cognitive and partner related factors in rapid ejaculation : differences between dysfunctional an functional men*. World J Urol 2005 ; 23(2) : 93-101.
- LEVINSON S. *Les « difficultés » de la fonction sexuelle : contextes, déterminants et significations*. pp ;485-508, in : N. Bajos et M. Bozon (eds). Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. Paris, la découverte, 2008.
- PORTO R. *Aspects psychologiques de l'éjaculation prématurée in Sexologies 2008*. (vol 17.N°1 pp 9-17)
- RILEY A, RILEY E. *Premature ejaculation : presentation and associations. An audit of patients attending asexual problems clinic* ; Int J Clin Pract 2005 ; 59(12) : 1482-7
- SIMONELLI C., BONANNO D., MICHETTI P.M., RSSI R. : *Éjaculation précoce et dysrégulation émotionnelle : recherche et implications cliniques Sexologies* (2008) 17,18-23

QUAND C'EST LUI QUI CONSULTE Et que la dysfonction érectile motive la consultation

Florence COUR

Urologue Praticien Hospitalier
Hôpital La Pitié Salpêtrière
23 rue des Plantes - 75014 Paris
cour.florence@wanadoo.fr

Le chemin parcouru est considérable entre le presque tout « psy » des années 1970 et la découverte de la dysfonction érectile (DE) en tant que dysfonction endothéliale en 2006.... En 2009, on sait très bien décortiquer l'homme derrière sa DE : l'homme physique, à la recherche de la moindre co-morbidité, mais aussi, en partenariat multi-disciplinaire, l'homme psychique. Ces avancées scientifiques ont poussé les différents professionnels de santé concernés à une réflexion profonde sur les stratégies diagnostiques, mais également préventives et thérapeutiques dans ce domaine, dépassant la plupart du temps le symptôme et l'inscrivant comme le signe d'appel d'une pathologie sous-jacente, parfois multiple, qu'elle soit cardio-vasculaire, métabolique...Cependant, la prise en charge de l'entité « couple » reste souvent, en tout cas certainement pour les urologues, la boîte de Pandore que l'on craint d'ouvrir, avec *l'absence de guidelines précis* qui rend difficile celle-ci. La seule réelle situation assez standardisée est celle du cancer de la prostate avec ses traitements souvent délétères sur la fonction érectile, qui a codifié, avec l'annonce du diagnostic, selon les recommandations du plan cancer et des comités de cancérologie, une information sexuelle (mais ce n'est pas toujours pour autant une réelle prise en charge), avec la présence de la partenaire, mais souvent sans vraie prise en compte de son entité.

Selon l'OMS, la santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué, de façon à parvenir à un enrichissement et à un épanouissement de la personnalité humaine. Parallèlement, le désir sociétal – largement véhiculé par les médias – va vers « l'obligation » d'une santé physique et mentale prolongée le plus longtemps possible : la barre est haute ! Une enquête récente française (INSEE) a d'ailleurs montré que c'était les sexagénaires qui étaient les plus heureux !

En ce début de période de crise socio-économique, les valeurs refuges « famille » et « couple » sont au premier plan : l'amour est contracyclique ; mais chez les couples à problème (comme la DE) ou dans les familles démembrées, ce remède absent ou difficile sera une source supplémentaire d'anxiété.

La médicalisation de la sexualité signifie une reconnaissance par le médecin du symptôme « dysfonction érectile », très souvent responsable d'une altération de la qualité de vie, ainsi qu'une capacité d'écoute active pour lui permettre d'établir une relation de confiance avec son patient. Pouvoir travailler en réseau avec différents confrères, en multidisciplinarité, devient également indispensable si l'on veut prendre en charge non seulement la défaillance pénienne, mais aussi l'homme qui est autour et la femme qui est en face !

La chasse au non-dit et au normatif est à la portée de tout soignant en face de son patient avec son symptôme.

A la question y-a-t-il toujours un couple derrière le symptôme sexuel, la première réponse rapide serait OUI, mais très vite l'expérience des consultations, sous-tendue par les quelques rares publications sur ce sujet, peut faire répondre également par la négative : les études montrent clairement que bien au-delà du couple, la DE altère la représentation narcissique de l'homme, son entité même, mettant en lumière une virilité autant culturelle que génétique dont l'érection n'est

que le « marqueur » le plus visible. De plus, l'impact de la DE dépasse largement la sphère du couple, avec souvent un retentissement aussi bien familial que professionnel de ce symptôme par la dévalorisation et l'image négative qu'il renvoie à l'homme.

En pratique quotidienne, il faut trouver **quand** et **comment** aborder une stratégie d'accompagnement du couple, de ce couple **singulier** en face de vous ; il semble en effet trop réducteur de faire « rentrer » à tout prix dans une catégorie bien sériée ces « partenaires sexuels ». Une prise en charge stéréotypée, pré-définie par le diagnostic de telle ou telle catégorie risque de trop « borner » celle-ci, ou pire d'aboutir à un échec. Par contre, il est utile de connaître les principaux « fondamentaux de représentation » aussi bien chez la femme que chez l'homme qui orienteront le praticien. Enseigner le bonheur prête à la caricature, il faut simplement donner les clés, les outils au couple devant vous : la communication en est la base : vous n'êtes alors que le spectateur de deux êtres qui ne se parlent plus ou ne se sont jamais parlé ; à vous de guider leurs « aveux » mutuels, de leur permettre de sortir des non-dits, de la superficialité et des automatismes de la vie commune au quotidien, pour aller (ou retourner) vers une connivence, base d'un désir émoussé ou enfoui : là est le rôle principal du médecin. La genèse (chapitre II, verset 24) dit que « *l'homme s'attachera à son épouse et ils ne formeront plus qu'une seule chair* » Mais le couple fusionnel, où l'un des deux peut perdre son identité et sa liberté, peut être « dangereux » : être à l'écoute des désirs de l'autre, c'est plutôt s'épanouir en miroir dans une relation équilibrée.

Enfin le problème de tout focaliser sur l'entité « couple » est d'oublier l'entité « femme » : or son rôle dans la DE est souvent majeur, parfois comme déclencheur, parfois comme victime, avec en retour la culpabilité chez son partenaire, auto-entretenant le symptôme.

En fait, il y a TROIS personnes à prendre en compte : l'homme, la femme ET leur couple, sans jamais oublier le contexte socio-culturel dans lequel ils évoluent, avec leur **histoire personnelle antérieure** à l'union et l'alchimie toujours imprévisible de leur réunion au quotidien.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- *The Merk Manual of diagnosis and therapy*. 1987.
- *De l'identité de l'homme* XY. E. BADINTER. Odile Jacob.
- PERELMAN M, SHABSIGH R, SEFTTEL A, ALTHOF S, LOCKHART D. *Attitudes of men with Erectile Dysfunction : a cross-national survey*. J Sex Med 2005 ; 2 : 397-406.
- HACKETT GH. *What do patients expect from erectile dysfunction therapy ?* Eur Urol 2002 ; 1 : 4-11.
- SPECKENS A. *Psychosexual functioning of partners of men with presumed non-organic erectile dysfunction : cause or consequence of the disorder ?* Arch Sex Behav. 1995 ; 24 (2) : 157-172.
- SAND MS, FISHER W, ROSEN R, HEIMAN J, EARDLEY I. *Erectile dysfunction and constructs of masculinity and quality of life in the multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) study*. J Sex Med 2008 ; 5 : 583-94.
- GRALLA O, KNOLL N, ET AL. *Worry, desire and sexual satisfaction and their association with severity of ED and age*. J Sex Med 2008 ; 5 : 2646-2655.
- ALTHOF SE. *When an erection alone is not enough : biopsychosocial obstacles to lovemaking*. Int J Impot Res. 2002 ; 114 (1 suppl) : S99-104.
- MOREIRA ED, BROCK G, GLASSER DB, NICOLISI A, LAUMANN EO, PAIK A, WANG T, GINGELL C. *Help-seeking behaviour for sexual problems: the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors*. Int J Clin Pract 2005 ; 59 (1) : 6-16.

QUAND C'EST ELLE QUI CONSULTE

Je n'ai pas d'orgasme

Marie Hélène COLSON

Institut de Médecine Sexuelle
22 Cours Pierre Puget
13006 Marseille
marie.helene@colson.fr

L'importance croissante aujourd'hui des problèmes de désir chez la femme, ne doit pas nous faire oublier qu'une femme sur quatre dans le monde souffre d'une dysorgasmie plus ou moins complète, comme le soulignent les études les mieux documentées, et jusqu'aux plus récentes, avec des fréquences de l'ordre de 24 à 37% (Laumann 1994¹ et 1999², Meston, 2004³, et de 25% dans la revue de littérature la plus récente (Lewis & Fugl Meyer, 2009⁴). Dans une excellente revue de 34 études, S. West⁵ retrouve elle aussi des chiffres pouvant aller de 20 à 50%. L'extrême variabilité de ces chiffres semble s'expliquer, plus encore que dans d'autres dysfonctions sexuelles, par l'étroite dépendance entre dysorgasmie et variables socioculturelles ou religieuses, facteurs liés à l'âge et au partenaire, ou à son absence, ou encore à la durée de la dysfonction, comme le soulignent Hayes, Bennett et Dennerstein⁶. Dans leur récente revue de littérature de 1248 publications, ils n'en retrouvent que 11 qui leur paraissent correspondre à des critères de tri fiables en croisant des questionnaires validés portant sur ces différents paramètres, pour une fréquence moyenne de dysorgasmies de 31%.

De l'ensemble de ces enquêtes épidémiologiques, deux séries de faits nous paraissent s'imposer avec force :

- **Un grand nombre de femmes souffrant de dysorgasmies coïtales, disent pouvoir obtenir un orgasme par la masturbation**, ce que Kinsey avait déjà révélé dans son célèbre rapport de 1953⁷, et qui a été régulièrement confirmé depuis dans de nombreuses études, dont celles de Bancroft en 2003⁸, ou de Fugl Meyer, en 2006⁹ et 2009^[4].

- **La prévalence des dysorgasmies complètes, semble diminuer avec l'âge**. Fugl Meyer, dans son excellente recherche de 2006^[8], note que le chiffre de femmes n'ayant jamais connu d'orgasme lors de stimulations sexuelles, avec ou sans partenaire, a tendance à diminuer régulièrement avec l'âge, et passe de 8% dans la tranche d'âge des 18-24 ans pour se stabiliser à 2% dans les tranches d'âge les plus élevées.

Il semblerait donc bien que la capacité d'orgasme d'une femme, intimement liée à sa propre perception du plaisir et de la détente, soit aussi très dépendante à la fois de son expérience personnelle et affective, mais aussi de la qualité de la relation charnelle et émotionnelle qu'elle entretient avec son ou ses partenaires successifs.

Comme nous le rappelait Simone de Beauvoir il y a plus d'un demi-siècle, le chemin qui mène une femme vers l'expérience de son orgasme et l'épanouissement de sa pleine sexualité d'adulte, « *n'est pas un don du ciel, mais un long chemin vers l'accomplissement* »¹⁰. Aujourd'hui encore, pour la plupart des femmes, **l'expérience de l'orgasme** n'est la plupart du temps ni spontanée, ni facile, et s'apparente davantage à un apprentissage qu'à une révélation.

Parmi les principales difficultés qui viennent émailler ce parcours souvent laborieux, le besoin d'hypercontrôle sur soi même et sur son environnement, interdisant l'abandon et le lâcher du corps, a peu à peu remplacé les contraintes morales et religieuses qui pesaient davantage sur la sexualité de nos mères et de nos grands-mères. La culture occidentale, qui a longuement culpabilisé le plaisir et la sexualité, en fait maintenant le passage obligatoire d'une femme déjà confrontée à un

cumul de rôles bien difficiles à assumer (bonne professionnelle, bonne mère de famille, bonne maîtresse de maison, bonne épouse, et maîtresse de son mari toujours désirable et séduisante ...), l'orgasme devenant l'un des repères normatifs essentiels auquel mesurer sa réussite personnelle de femme moderne.

Les partenaires maladroits, inexpérimentés, ou eux-mêmes bloqués dans leur sexualité sont bien évidemment assez peu à même d'aider une femme déjà trop tendue pour se laisser aller à l'orgasme tant désiré. Parfois cependant, le partenaire est un amant attentif, trop peut être, qui la stimule inlassablement dans l'attente anxieuse de l'orgasme qui le confirmera dans son identité virile. Quelquefois aussi, c'est sur un fond davantage obsessionnel qu'il recherchera à déclencher cet orgasme tant attendu, en l'entraînant dans la quête sans fin de sources de stimulations toujours plus diversifiées (sex toys, échangisme, etc...). Lorsque l'angoisse du partenaire à satisfaire sa femme se fait trop prégnante, elle renforce bien entendu chez elle l'impossibilité d'abandon, de lâcher du corps et l'absence d'orgasme, ainsi que le découragement et le sentiment d'anormalité.

Au-delà de l'attitude du partenaire, liée à sa qualité personnelle et à son propre profil de fonctionnement, **la dynamique de couple** elle-même est bien évidemment un élément essentiel de la capacité d'une femme à pouvoir obtenir un orgasme ou non au sein de son couple. Les liens de nature névrotiques et leur relation avec les symptômes sexuels ont été plus ou moins étudiés par quelques auteurs depuis les travaux de Jurg Willy¹¹. Plus récemment, des paramètres moins structuraux ont fait l'objet d'études très documentées de la part de plusieurs chercheurs Nord Américains, comme les facteurs émotionnels d'engagement ou de désengagement en jeu dans la relation dyadique (Gottman et Levinson 1988¹², Knudson-Martin et Mahoney, 1999¹³, ou Sabourin 2008¹⁴), et peuvent apporter un éclairage nouveau et particulièrement déterminant dans la prise en charge des difficultés sexuelles au sein d'un couple.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- LAUMANN (E. O.), GAGNON (J. H.), MICHAEL (R. T.), MICHAELS (S.), *The Social Organization of Sexuality. Sexual Practices in the United States*, Chicago, IL : University of Chicago Press, 1994
- 2- LAUMANN EO, PAIK A., ANTHONY MA, ROSEN RC, *Sexual dysfunction in the United States : Prevalence and Predictors*. JAMA 1999 ;281(6) :537-5442
- 3- MESTON CM, HULL E, LEVIN RJ, SIPSKI M. *Disorders of orgasm in women*. J Sex Med. 2004 Jul;1(1):66-8.
- 4- LEWIS RW., FUGL-MEYER K., BOSCH BR, FUGL-MEYER B., LAUMANN EO, MARTIN-MORALES A. *Epidemiology/Risk Factors of Sexual Dysfunction*, J Sex Med, 2009 in press
- 5- WEST SL, VINIKOOR LC, ZOLNOUN D. *A systematic review of the literature on female sexual dysfunction prevalence and predictors*. Annu Rev Sex Res. 2004;15:40-172.
- 6- HAYES RD, BENNETT CM, FAIRLEY CK, DENNERSTEIN L. *What can prevalence studies tell us about female sexual difficulty and dysfunction?* J Sex Med. 2006 Jul;3(4):589-95.
- 7- KINSEY AC, POMEROY WB, MARTIN CE, GEBHARD PH. *Sexual behaviour in the human female*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1953
- 8- BANCROFT J., LOFTUS J., LONG JS., *Distress about sex : A national survey of women in heterosexual relationships*. Arch Sex Behav 2003 ;32 :193-208
- 9- FUGL-MEYER KS, ÖBERG K., LUNDBERG PO., LEWIN B., FUGL-MEYER A. *On Orgasm, Sexual Techniques, and Erotic Perceptions in 18- to 74-Year-Old Swedish Women*. J Sex Med 2006;3:56-68
- 10- DE BEAUVOIR S. *Le deuxième sexe*. Paris, Gallimard 1949
- 11- WILLY J. *Couple in collusion*. 1982, New York & London, Jason Aronson 265pp
- 12- GOTTMAN JM., LEVINSON RW. *The social Psychophysiology of marriage*. In Perspectives on Marital Interaction, 1988 Ed P. Noller and MA Fitzpatrick. Philadelphia : Multilingual Masters.

- 13- KNUDSON-MARTIN C., MAHONNEY A., *Beyond different worlds : A post gender Approach to Relational Development*. 1999. Family Process, 38 :325-340
- 14- WRIGHT J., LUSSIER Y., SABOURIN S. *Manuel clinique des psychothérapies de couple*. 2008, Presses de l'université du Québec, Québec.

QUAND C'EST ELLE QUI CONSULTE J'ai mal pendant les rapports

Sylvain MIMOUN

Gynécologue et psychiatre, "Unité de Gynécologie Psychosomatique",
Service de Gynécologie-Obstétrique de l'hôpital Robert Debré (Pr J. F. Oury), Paris.
sylvainmimoun@yahoo.fr

Dans le contexte du couple les douleurs pendant les rapports peut signifier la souffrance du couple, même si c'est la femme qui est porteuse du symptôme, nous y reviendrons.

Tout d'abord plus classiquement rappelons que pour les dyspareunies, on distingue habituellement la dyspareunie superficielle (douleurs à l'entrée du vagin) qui peut parfois empêcher la pénétration vaginale, et la dyspareunie profonde (douleurs au fond du vagin).

On différencie les dyspareunies primaires (qui ont toujours existé) et secondaires (qui sont survenues après une période sans douleurs).

Les dyspareunies sont les troubles sexuels, qui ont le plus de causes organiques.

- Pour les dyspareunies superficielles :

Parfois après les premiers rapports par exemple, il peut y avoir une déchirure de l'hymen qui se propage aux tissus voisins (entrée du vagin, petites lèvres etc...) et rend très sensible l'entrée du vagin.

- en cas de dyspareunies secondaires (douleurs survenant chez une femme qui n'avait pas mal auparavant), on recherchera essentiellement :

- une origine infectieuse, allergique, une cause dermatologique, une cicatrice post accouchement, ou après une opération chirurgicale.

- une sécheresse vaginale, atrophie des muqueuses vaginales et vulvaires chez la femme ménopausée chirurgicalement, ou naturellement.

- Enfin n'oublions pas que la dyspareunie est parfois liée, voire expliquée par une absence de lubrification vaginale qui par elle-même entraîne une irritation donc une douleur. Et cela souligne par là même l'insatisfaction sexuelle, ou l'absence de désir.

- Pour les dyspareunies profondes :

On peut retrouver, de l'endométriose (muqueuse utérine se développant hors de l'utérus), une infection, un utérus rétroversé, des kystes, des complications de fibromes, un syndrome de Masters et Allen (déchirure du ligament large).

Sur le plan physiologique, on recherchera les signes de carence hormonale

Oestrogénique : bouffées de chaleur, peau sèche, cheveux cassants, insomnie, sécheresse vaginale, troubles de l'humeur, cystalgie...

Ou androgénique : diminution du bien-être, fatigue inexpliquée, baisse de la libido, dépilation pubienne...

Dans ce contexte, il faut aussi rechercher les **facteurs psychologiques**.

Pour les dyspareunies primaires, ce peut être l'éducation sexuelle, ou un traumatisme survenu au cours de l'enfance.

En cas de troubles sexuels secondaires (qui survient après une période de sexualité satisfaisante), il y a un certain nombre de situations psychologiques qui peuvent se cacher derrière des troubles physiques ou physiologiques.

Par exemple :

Après un accouchement,

En cas de stérilité, le sentiment d'échec ou le fait de ne pas se sentir femme à part entière induit souvent un désintérêt de la sexualité et des douleurs, pour des raisons essentiellement psychologiques.

- Il en est de même en cas d'hystérectomie.

- À la ménopause aussi il y a des modifications psychologiques, à côté des modifications hormonales physiologiques, et cela intervient nettement sur la sexualité.

Il y a aussi des sens qui nous échappent. Par exemple, quand il y a concordance dans le temps entre une lésion initiale (déclenchant une douleur) et une tension émotionnelle due à un autre événement (rupture sentimentale, tension conjugale, deuil...) cela semble prédisposer à la répétition de la douleur ou à l'installation d'une algie chronique. C'est comme si la patiente liait intimement ces deux événements. A chaque tension inexprimable, l'organe (devenu cible) risque de se manifester à nouveau par des douleurs.

C'est encore plus évident lorsque l'événement marquant a été à l'origine de la douleur : une vaginite contractée à la suite d'un rapport adultérin du mari par exemple, associera volontiers une douleur chronique en "souvenir" de ce qu'il ne faut pas oublier (4).

Par ailleurs il existe fréquemment une association du symptôme douleur chronique avec un état dépressif et le réveil d'un ancien événement par un nouveau traumatisme qui sert de point de départ officiel à la plainte.

Les raisons conjugales

À côté de ces raisons « personnelles », il peut y avoir des raisons conjugales, avec une mésentente plus ou moins évidente,

Le conflit conjugal est en général peu propice à la détente et à la stimulation érotique. Il n'est donc pas étonnant que la sécheresse vaginale et la dyspareunie qui l'accompagne survienne comme une vraie barrière entre les deux partenaires quand la mésentente conjugale s'installe.

Derrière ces conflits conjugaux, on peut retrouver une ambivalence affective vis à vis du conjoint, ou plus nettement son rejet ou encore la peur d'être rejetée donc un sentiment d'insécurité...

Quoi qu'il en soit, vis à vis du conjoint, il est plus facile de dire : "j'ai mal ou je ne peux pas, que je ne veux pas".

Ici le partenaire a un rôle dans l'économie défensive de ces patientes. Les uns sont décrits comme gentils et patients (quand ils acceptent l'absence de vie sexuelle), les autres sont décrits comme bougons et taciturnes.

Quand on sait que la communication de la douleur (en le disant à autrui) est une demande d'aide, on peut comprendre que celle-ci peut s'adresser au conjoint : « occupe toi de moi ». D'autres fois cependant la douleur pendant les rapports est le symptôme du couple, nous l'avons dit. La demande d'aide est ici adressée au thérapeute : « occupez vous de nous ».

Enfin, les plaintes algiques répétées peuvent aussi être une forme camouflée d'agression contre les autres, en particulier le mari, quand ce n'est pas le médecin, (ou même les parents).

Sur un autre plan il est important de noter aussi qu'à l'origine du symptôme douleur vulvo-vaginale, on peut retrouver le refus de la sexualité, voire de la féminité et/ou la peur du sexe masculin. L'acte sexuel est alors ressenti par la patiente comme quelque chose de persécutant. La douleur étant ici une manifestation corporelle d'un désintérêt sexuel.

Ce qui complique les choses, c'est que certaines formes de douleur sont associées à une intense érotisation de celle-ci. La douleur pouvant être alors, consciemment ou inconsciemment, recherchée.

Dans ces cas, le pronostic est plutôt réservé, du fait du fond dépressif et du vécu corporel très perturbé qui existe souvent chez ces femmes. Vaincre l'algie et le rapport de couple sado-masochiste qui y est associé signifie donc aider la patiente à surmonter les difficultés qui l'empêchent de parvenir au plaisir.

D'une manière plus générale la douleur peut n'être qu'un prétexte, un alibi. Elle fait barrière entre la femme et son partenaire. Certaines de ces femmes sont agressives contre elles-mêmes (à l'inverse de celles qui se plaignent de vaginisme qui sont plutôt anxieuses mais ne refusent pas le contact sexuel, tant que celui-ci évite la pénétration).

Enfin qu'il y ait des problèmes de couples ou non, il nous faudra ici aussi, être conscient qu'il peut y avoir eu des traumatismes, viol, tentatives de viol, ou d'inceste, etc...

La prise en charge thérapeutique

En fait quand un couple consulte parce que la femme a mal pendant les rapports, il est utile d'éva-

luer le contexte dans lequel ces deux conjoints sont. Se sentent-ils proches quand même ou ressentent-ils une véritable aversion au contact de l'autre ? Il est utile de mettre en place les moyens thérapeutiques suivants en se focalisant sur la femme, parallèlement à l'évaluation conjugale.

- 1 - En cas de pathologie organique, le traitement dépend bien sûr de la cause

- 2 - En cas de carence Oestrogénique ou androgénique, le traitement général et/ou local sera mise en place s'il n'y a pas de contre indications.

- 3 - Comme il s'agit de troubles affectant la sphère sexuelle et psycho-affective les sexothérapies et les divers types de psychothérapies, associées aux traitements symptomatiques seront indispensables. Pour ce troisième point, il nous faut garder clairement à l'esprit que pour ces femmes qui ont mal dans leur corps c'est presque toujours sur le plan somatique qu'il vaut mieux débiter la prise en charge et installer la relation de confiance médecin-patiente qui va être le moteur du changement. Notons que le sexothérapeute a une place charnière dans cette symptomatologie aux multiples facettes, non seulement parce que la dyspareunie est un symptôme sexuel, mais aussi parce qu'il ya des interactions régulières entre désir, plaisir et douleur vulvo-vaginale. Ceci constitue même la trame de ce qui se travaille en sexothérapie.

La classification actuelle des dysfonctionnements sexuels a bien intégré: les troubles du désir sexuel de l'excitation sexuelle trouble orgasmique trouble de douleur sexuelle (Dyspareunie Vaginisme).

C'est pourquoi quand une femme se plaint douleur pendant les rapports, nous avons aussi intérêt à associer dans la prise en charge thérapeutique, la prise en compte du désir et du plaisir sexuel et ne pas avoir une focalisation exclusive sur la douleur.

Que faire en pratique ?

Rassurer les deux partenaires que l'on va agir de manière complémentaire, à plusieurs niveaux :

Pour pouvoir aider ces femmes, il faut s'appuyer sur ce que l'on sait de la physiologie (et des conseils que celle-ci nous pousse à donner), et sur un certain nombre d'éclairages que la psychologie peut nous apporter.

Les conseils et le soutien du médecin se doivent d'être aussi détaillés que son ordonnance.

- Aider à réduire la sensibilité douloureuse.

Ce qui est classiquement fait, c'est d'associer des moyens locaux hormonaux ou non hormonaux, crèmes apaisantes, pommades, bains de siège, lubrifiants hydratants, des produits comme le monasens*, geliofil*, prévegine*, trophigil*, vea olio*...

Sur le plan médicamenteux, quand il y a une carence ? strogénique, le traitement estrogénique local ou général est une bonne aide, s'il n'y a pas de contre indication.

- Quand il y a une carence androgénique ou même quand la situation est bloquée et que l'on veut tenter un traitement d'épreuve on pourrait prescrire des androgènes, et voir si cela peut agir comme un levier pour débloquer la situation. L'essai devra être fait au moins pendant deux ou trois mois.

Le seul traitement androgénique qui ait une AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) est Intrinsa (avec pour seule indication que dans la ménopause chirurgicale (ablation des ovaires) pour le moment), mais les résultats des études sur les femmes qui ont une ménopause naturelle sont aussi positifs que dans la ménopause chirurgicale. On peut donc espérer une extension d'AMM dans peu de temps. Notons que Barbara Sherwin (9) avait déjà proposé les androgènes pour majorer le désir et ce qui en découlait (l'absence d'inconfort sexuel, donc la douleur), dès les années 1980..

La prescription de certaines médications à action centrale, ou même certains antidépresseurs à petites doses peuvent avoir une action antinévralgique qui calme la sensibilité neurologique, donc la douleur (1, 2).

L'objectif premier de la thérapie c'est de ne pas aggraver le symptôme par des actions médicales trop ponctuelles et limitées (comme le fait de prescrire uniquement des ovules ou des crèmes pendant des semaines), ou de faire appel à des techniques chirurgicales comme la vestibulectomie (ablation chirurgicale du vestibule, à l'entrée du vagin) qui est trop souvent recommandée dans les articles internationaux quand il y a une douleur de la vulve (3). Ou encore quand on isole et que l'on transpose le nerf pudental (5). N'oublions pas qu'il s'agit d'un symptôme sexuel, qui retentit donc sur le couple. L'approche sexologique complète très positivement le traitement médical, d'autant que le meilleur anti-douleur c'est le plaisir, à fortiori si l'on peut aider à retrouver désir et plaisir (7).

L'objectif thérapeutique est de voir « comment faire pour que ça change ». Il ne s'agit pas de se focaliser sur le traitement de la douleur, mais aussi et en même temps sur le « comment avoir plus de plaisir », ce qui à la longue peut aboutir à avoir plus de désir.

Les informations données à la femme associées à la modification des perceptions locales du fait des divers traitements l'aide beaucoup à croire à nouveau à sa guérison, donc à s'impliquer d'autant plus dans la prise en charge thérapeutique.

Si en plus la patiente prend conscience, avec l'aide des conseils sexothérapeutiques, que le plaisir peut survenir malgré tout, elle sort du cercle inhibiteur. Le plaisir est retrouvé, le désir et la lubrification vaginale peuvent revenir, toutes conditions qui réduisent le risque de ressentir des douleurs vulvo-vaginales.

La prise en compte plus directe de la problématique sexuelle et conjugale aide parfois à éclaircir et à résoudre les conflits latents, qui cherchent souvent à s'exprimer à travers ces symptômes.

Enfin la résolution du trouble sexuel féminin passe parfois par le traitement de la dysfonction masculine (troubles de l'érection, éjaculation précoce, anéjaculation,...).

Dans de nombreux cas, l'hypnose éricksonnienne est un excellent moyen thérapeutique. Erickson a attiré notre attention sur le fait qu'une douleur chronique peut être divisée en 3 parties. En effet elle est constituée des réminiscences des expériences douloureuses passées et par l'expérience présente, amplifiée de la crainte de la douleur future. Vu sous cet angle, la douleur actuelle ne représenterait donc qu'un tiers de l'expérience vécue.

Quand on fait appel à une approche médicale et psychologique, cela dynamise les patientes et les couples qui se sentent soutenus par ces moyens thérapeutiques. Très souvent, au début de leurs troubles, les femmes se sentent dépassées par leurs symptômes qui les bloquent et les obligent à "tourner en rond".

La mise au point d'un "programme thérapeutique" les aide et elles reprennent confiance. Elles prennent ainsi conscience que ce symptôme peut disparaître. Cela se fera très progressivement au début, beaucoup plus rapidement par la suite, enfin cela dépendra aussi de leur envie d'en sortir et de leur participation active dans le traitement.

Le médecin est ici comme un kinésithérapeute, qui peut montrer à la patiente comment se « rééduquer » mais qui ne peut pas faire la rééducation à sa place.

Dans ce contexte, les femmes comprennent, que les prescriptions médicamenteuses, ou les conseils sexothérapeutiques, sont des aides à la réadaptation thérapeutique, comme des "béquilles" qui aident à réapprendre la « marche ».

On se rend vite compte dans ce domaine, que la personnalité du médecin et sa compétence psychologique sont des facteurs thérapeutiques au même titre que sa compétence technique. Pour prendre en charge la douleur, le médecin doit croire à cette douleur et au potentiel de changement de la patiente et du couple. C'est cela qui ouvre le champ thérapeutique.

RÉFÉRENCES

- 1) FERRAGUT E. *Emotion et mémoire. Le corps et la souffrance*, Paris Masson, 2004
- 2) FERRAGUT E. *Emotion et Traumatisme. Le corps et la parole*, Paris Masson, 2005
- 3) McKAY E. et coll., J. Reprod. Med., 2001, Apr ; 46(4) : 337-342
- 4) MIMOUN S. « *Ce que les femmes préfèrent : première enquête sur le désir féminin* » Ed. Albin Michel, Paris 2008
- 5) ROGER R. and coll *Decompression and transposition of the pudental nerve in pudental neuralgia*, Eur urol 2005 ; 48 : 403-8.
- 6) SHERWIN BB. et al « *Androgen enhances sexual motivation in females : a prospective, crossover study of sex steroid administration in the surgical menopause* ». Psychosom. Med. 1985, 47 : 339-51.

QUAND C'EST ELLE QUI CONSULTE

On ne peut pas me pénétrer

Nadine GRAFEILLE

Directeur de l'enseignement universitaire de sexologie de Bordeaux
Service de gynécologie du Professeur Claude HOCHE
Hopital Saint André
1 rue Jean Burguet
33075 BORDEAUX CEDEX
jmg.grafeille@free.fr

Le diagnostic de vaginisme est posé sur l'interrogatoire et complété par l'impossibilité de l'examen clinique.

Après un rappel épidémiologique nous dégagerons les chiffres les plus représentatifs quant à la prévalence de ce trouble quand il est entretenu par une casuistique de couple afin de prendre conscience de l'augmentation de la demande de prise en charge de ce problème sexuel.

Que les difficultés rencontrées par le couple soient primaires, secondaires, constantes ou intermittentes, toutes les études montrent que l'évolution est chronique sauf s'il est mis en place une prise en charge adaptée.

Les motifs de consultations sont le plus souvent le désir d'enfant, parfois une recherche de conformité, très rarement un désir d'épanouissement. La majorité des couples concernés font une démarche après 2 à 20 ans de souffrance.

Les caractéristiques communes des femmes vaginiques seront mentionnées d'après les références des études de Hawton, Catalan, Colson, Grafeille, Ogden, Friedman.

D'après l'étude de Hawton et Catalan (1990), 27% des femmes ont des croyances religieuses fortes, 20% ont déjà bénéficié de traitements pour d'autres problèmes psychologiques et 7% ont été victimes d'abus sexuel. 90% d'entre elles sont orgasmiques. 62% se sentent coupables, 65% se pensent non traitables, 39% perçoivent leur corps sans attrait.

Grafeille (1986) étudie les caractéristiques des femmes vaginiques, mais également des parents de ces femmes, du partenaire, de l'idée que le couple se fait du sexe et de la relation sexuelle:

Ward et Ogden (1994) insistent sur la peur d'éventuelles douleurs; sur une quête d'approbation de l'acte (90%), et sur le fait que ces patientes évitent les conflits (68%), ont des rêves de viol 63,6%. Le vaginisme les protège contre quelque chose de menaçant sur le plan sexuel et dans leur intimité (C. Cabanis).

Colson et Grafeille insistent sur le rôle et la personnalité du partenaire.

D'après Friedman le profil psychologique des femmes vaginiques est le suivant :

1. La reine des abeilles pour la sexualité se résume à la maternité
2. La belle au bois dormant qui est polyphobique
3. Brunehilde pour qui la sexualité est un combat.

C'est l'évaluation de départ qui conditionne la prise en charge thérapeutique. Comprendre le niveau d'angoisse du couple, évaluer les attentes de chacun, tenir compte des difficultés du partenaire, situer les facteurs de vulnérabilité ainsi que ceux qui entretiennent la problématique sont détaillés ci-dessous.

1°) Facteurs de vulnérabilité: antécédents familiaux, éducation, anxiété, névrose phobique. Il s'agit

souvent de femmes très craintives victimes de croyances irraisonnées et de dénis, qui sont attirées par des partenaires peu rassurants, peu actifs, inexpérimentés, quand ils ne sont pas falots.

2°) Facteurs précipitants: désir d'enfant, âge, séparation, problèmes similaires dans la fratrie, difficultés sexuelles chez le partenaire.

3°) Facteurs perpétuants la difficulté de départ, comme si d'autres facteurs se créent et augmentent la crainte.

Différentes thérapies peuvent être proposées : sexothérapie type Masters et Johnson, thérapie cognitivo comportementale, hypnose, relaxation, injections de toxine botulique. Les résultats seront commentés en fonction des publications diverses.

Le vaginisme est un problème de santé publique responsable de mariage non consommé, ayant des répercussions sur le couple et la famille. Il nécessite une prise en charge adéquate.

RÉFÉRENCES

- BADEAU D. *Le vaginisme : de la fermeture à l'enfermement*. Imaginaire et sexoanalyse: explorations de l'inconscient sexuel, sous direction de Crépault C. et Coté H., Montréal Ed. IRS, p 105-122, 1999.
- CABANIS C. *Pathologies sexuelles liées à la pénétration : vaginisme et dyspareunie*. Manuel de sexologie p 93,94. Masson 2007.
- COLSON M.H. *Le vaginisme* : Conférence ISSM Sept 2006.
- COLSON MH, LEMAIRE A ET AL. *Sexual behaviors and mental perception, satisfaction and expectations of sex life in men and women in France*. J of Sex Me, January 2006, Vol 3 Issue 1; 121-132.
- CREPAULT C., LÉVÈQUE G. *Eros au féminin, éros au masculin*. Presses de l'Université du Québec. 2001.
- FAYE P. *Non consommation de mariage : intimité impossible ?* Sexologies vol. 1, n° 5, p 25-28.
- FRIEDMAN, LEONARD J; *A study of Unconsummated Marriages* Foreword by Michael Balint Social Work Library 1971 Truman State University.
- GRAFEILLE Nadine. *Approche cognitivo comportementale du vaginisme*. Mémoire CES de Psychiatrie. Bordeaux 1982.
- GRAFEILLE Nadine. *La peur de la pénétration: à propos des partenaires des femmes vaginiques*. Cahiers de sexologie clinique, vol.10, n° 56, p 106-112, 1994.
- HAWTON K, CATALAN J. *Sex therapy for vaginismus. Characterisitcs of couples and treatment outcome*. J. Sex. Marital Ther. 1990;5: 39-48.
- HARRISON CM. *Le vaginisme*. Cont. Sex. Fert. 24: 223-228. 1996
- HYDE JS, DELAMATER J. *Psychological aspects: attitudes toward contraception in Understanding Human Sexuality*, McGraw-Hill, USA, 1997.
- LEONARD J. FRIEDMAN: *A study of unconsummated marriages foreword by Michael Balint* Social Work Library. Truman State University. 1971.
- O'SULLIVAN K, BARNES J *Vaginismus: A report on 46 couples*. Ir. Med.J. 1978; 71: 143-6.
- REISSING, ELKE D. *Does vaginismus exist? A critical review of the litterature*. J Nerv Ment Dis 1999; 187: 261-274.

QUAND C'EST ELLE QUI CONSULTE

Le traitement du symptôme est-il suffisant ?

Nicole ARNAUD-BEAUCHAMPS

Médecin Sexologue
32 avenue du Gl Leclerc
17000 La Rochelle
nicoleab@free.fr

« Le sexologue doit posséder une connaissance approfondie théorique et pratique de la psychanalyse, de la thérapie conjugale, de la thérapie du comportement et savoir quand et comment mettre en œuvre ces concepts théoriques et thérapeutiques en fonction des problèmes spécifiques du couple. Ceci est la base d'une thérapie intégrative »

Helen S.Kaplan

Les assises de l'an dernier nous ont permis de poser les bases « évidentes » de la nécessité d'une évaluation et d'un accompagnement en couple des dysfonctions sexuelles. Nous avons pu ainsi mettre en exergue l'importance dans l'évaluation des dysfonctions sexuelles des facteurs prédisposants, précipitants, de maintien et contextuels (Riley). Comme nous avons pu nous rassembler sur cette classification étiologique des problèmes sexuels :

- 1) Dus aux facteurs socioculturels, politiques ou économiques
- 2) liés au partenaire et à la relation
- 3) dus à des facteurs psychologiques et personnels
- 4) dus aux facteurs physiologiques, physiopathologiques et médicaux.

Le but du diagnostic est de guider le choix thérapeutique, sachant que parfois le couple ne communique qu'à travers le symptôme ou sur le symptôme, on peut s'attendre à ce que, si le couple consulte et demande de l'aide, il fasse front pour éviter tout changement . Ceci parce que le symptôme a ses invariants personnels environnementaux ou relationnels et parce que les représentations, les données culturelles et sociologiques jouent un rôle majeur dans sa mise en forme et dans l'expression de la plainte. Si c'est le sujet qui invente son symptôme c'est l'autre qui est à l'origine de son malaise : » nous produisons ces symptômes pour que l'autre qui est à l'origine de nos malaises se trouve dans l'obligation d'intervenir pour nous en délivrer tout en le mettant au défi d'y parvenir »

De ce fait, on ne peut pas se contenter de répondre techniquement à la plainte symptomatique, il est indispensable de traiter « l'environnement » négatif dans lequel la sexualité est insatisfaisante.

Ce que nous dit la clinique c'est que les symptômes sexuels servent de rééquilibrage au couple, le symptôme sexuel peut être tout autant symptôme du couple que symptôme individuel. Il est donc impossible d'isoler le « symptôme » sexuel féminin, il n'existe que dans sa relation à un contexte environnemental et affectif. Il faudra donc entendre et décoder la plainte dans ses aspects manifestes ou cachés, avoir accès à la fantasmatisation puis savoir correctement évaluer le symptôme pour définir la stratégie thérapeutique. Sachant que le paradoxe du traitement en sexologie c'est que le plaisir semble plus difficile à gérer que la douleur (Abraham).

Pour créer une alliance thérapeutique il faut donc déterminer qui porte le symptôme, qui en souffre, qui demande de l'aide.

Cette réflexion nous entraîne ainsi à définir les outils thérapeutiques les plus adéquats en fonction

des individus et des couples à l'intérieur desquels ils évoluent, et à analyser la motivation et la capacité au changement de nos patients avant de poser les bases de la thérapie la plus efficace possible.

Partant de l'objet complexe du champ sexologique nous verrons pourquoi la thérapie sexologique est nécessairement intégrative car il s'agit d'une thérapie de l'être et non du faire. De facto il nous faudra déterminer une base de travail à minima de la position thérapeutique sexologique.

« Il est généralement impossible de remédier aux troubles du fonctionnement sexuel sans intervention dans les domaines des conflits psychiques ou de la communication au niveau du couple »

Helen S. Kaplan

RÉFÉRENCES

- KAPLAN HS 1979. *Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques on sex therapy*. The new sex therapy New York 1979
- BASSON R. 2001. *Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire*: J Sex Mar Therap 27 ; 395-403
- BAJOS N. BOZON M. *Enquête sur la sexualité en France*. La découverte 2008
- HALEY J. *Changer les couples*. ESF éditeur Paris 1990
- HALEY J. *Stratégies de la psychothérapie*. Erès 1993
- LEMAIRE J.G. *Réflexions méthodologiques sur les thérapies de couple*. Dialogue 71
- HAUTEKEETE M. et MAURICE V. *Processus cognitifs, émotionnels et sexualité* : Sexologies Vol VI n° 24 14-18
- WILLING K et al ; *Female sexual dysfunction, sexual distress and compatibility with partners*. J Sex Med 2008 Nov ; 5 : 2587-99
- WEST SL et al ; *Prevalence of low sexual desire and hypoactive sexual desire disorder on a nationally representative sample US women* Arch Intern Med 2008 Jul 14 ; 168 (13)
- PASINI W. ANDREOLI A. *Le corps en psychothérapie*. Payot Paris 1993
- ALTHOF SE , LEIBLUM SR , CHEVRET-MEASSON M , HARTMANN V , LEVINE SB , MCCABE M , PLAUT M , RODRIGUES O , WYLIE K : *Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction* J Sex Med 2005 ; 2 : 793-800
- EIGUER A. *Clinique psychanalytique du couple*. Dunod Paris 1998
- Sous la direction de Nicolas Duruf : *Traité de psychothérapie comparée*. Médecine et Hygiène Genève 2002
- PERELMAN M. : *Integrated sex therapy in Textbook of erectile dysfunction*
- Informa Health 2008

SESSION DE TRAVAIL

QUAND LA MALADIE EST AU DEVANT DE LA DIFFICULTÉ SEXUELLE

Les maladies à risques sexuels

avec le soutien des laboratoires BAYER SCHERING

Coordinateurs : P. COSTA, M. GANEM

- Les troubles urinaires du bas appareil (TUBA)
A. SEVÈNE - B. CUZIN
- Les maladies cardio-vasculaires et le syndrome métabolique
F. PAGANELLI - A. LEMAIRE
- Cancer de prostate et prostatectomie radicale
N. THIOUNN - J. PEYRANNE
- Dépression et stress post traumatique
C. LANÇON - P. BLACHÈRE

Le couple et le déficit androgénique

avec le soutien des laboratoires SOLVAY PHARMA

Modérateur : H. LEJEUNE

- Le couple et le déficit androgénique masculin
P. COSTA
- Le couple face au blocage androgénique dans le cadre du traitement d'un cancer de la prostate
S. DROUPY

Le couple face à la maladie : savoir dépister, faire dire et traiter

Modérateurs : M. BONAL, M. AUBRY

- Quand la maladie fait irruption dans le couple
D. ZAROUK
- La sexualité chez les femmes après un cancer du sein
B. LETOMBE, J. BITZER
- Dynamique du couple et stratégies face à la maladie
A. LEQUEUX
- L'accompagnement de la maladie : rupture ou guérison du couple ?
M. BONAL, J. BITZER

LES MALADIES À RISQUE SEXUELS :

Les troubles urinaires du bas appareil

Béatrice CUZIN, Arnaud SEVÈNE

Les troubles urinaires du bas appareil (TUBA) sont fréquents et gênants à la fois chez les hommes et les femmes. Selon la classification de « l' International Continence Society » de 2002 (1), ils incluent les symptômes de la phase de remplissage, de la phase mictionnelle et de la phase post-mictionnelle. Chez l'un comme chez l'autre, la gêne maximale apparaît avec l'incontinence urinaire. Chez l'homme, ils sont fréquemment associés avec l'hypertrophie bénigne de prostate (HBP). Récemment des études ont montré également une association avec des symptômes de dysfonction sexuelle incluant à la fois des troubles de l'érection et de l'éjaculation (tableau 1). Le mécanisme de cette association n'a pas été clairement établi mais pourrait impliquer des facteurs hormonaux et des neurotransmetteurs (alpha-adrénergiques). Les activateurs du muscle lisse, les inhibiteurs des rho-kinases ou le blocage alpha-adrénergique pourraient être des facteurs médiateurs importants. Des études impliquant les IPDE5 commencent à montrer que ce type de médicament peut améliorer les deux types de symptômes (tableau 2). Chez les femmes les TUBA peuvent atteindre 25% dans la tranche d'âge supérieure à 70 ans incluant des fuites d'urines. Là encore, il existe une association avec les troubles de la sexualité (tableau 3) (5). Là également les mécanismes impliqués ne sont pas clairs. Des facteurs infectieux ou inflammatoires pourraient être en jeu. Chez l'homme comme chez la femme des mécanismes psychologiques sont bien sûr impliqués.

Tableau 1 : Ratio des troubles sexuels chez les patients porteurs de TUBA, versus groupe contrôle (d'après Gabriel z., abstract International Continence Society 2007)

Sévérité des TUBA	Dysfonction érectile (nombre d'études)	Ejaculation anormale/réduite (nombre d'études)	Douleur/inconfort à l'éjaculation (nombre d'études)
léger	1.20-1.98 (4)	1.00-1.64 (3)	2.11-2.68 (2)
modéré	1.90-3.76 (5)	1.90-3.19 (3)	5.46-8.65 (2)
sévère	3.17-7.67 (5)	1.80-6.25 (4)	5.6-16.18 (3)

Tableau 2 : Résumé des essais cliniques de niveau 1 dans les TUBA avec les IPDE5 (d'après Köhler (3)).

Etude	Produit durée administration	N	Inclusion	Exclusion	Placebo « run in »	IPSS D: PDE-I vs placebo (p)	Autres résultats
McVary et al	Sildenafil 50–100 mg qday 12 wk	369 189	Age ≥ 45 , ATCD de DE: ≤ 25 IIEF (FEdomaine), IPSS ≥ 12	CP (ou suspecté); symptôme urinaire d'autres causes que HBP, hypotension, retinite pigmentaire, insuffisance hépatique, utilisation d'inhibiteurs des 5 alpha reductases dans les 6 mois; utilisation d'un alpha-bloquant, IPDE5-I au cours du dernier mois.	Non	6.3 vs 1.9 (p < 0.0001)	Pas de changement dans Qmax; IIEF, BII, IPSS moyen QoL score, et GAQ tous significativement amélioré
Stief et al	Vardenafil 10 mg bid 8 wk	222 109	Age 45–64, IPSS ≥ 12 , pas d'ATCD de DE requis	Contre-indications Vardenafil: blessure spinale, prostatite, ATCD de sténose, rétention urinaire, cancer de prostate ou vessie, ATCD de cancer avec 3 ans d'espérance de vie; utilisation de nitrates, d'androgènes, d'anti-coagulants, traitements de la DE ou alpha-bloquants durant l'étude.	Non	5.9 vs 3.6 (p = 0.0013)	Pas de changement dans Qmax ou RPM; IIEF, QoL, sous-scores irritatif et obstructif de l'IPSS tous significativement amélioré.
McVary et al	Tadalafil 5 mg ! 20 mg qday 4-wk run-in +12 wk (6! 6)	281 138	Age ≥ 45 , IPSS ≥ 12 d'une HBPH depuis 6 mois, pas d'ATCD de DE requis	PSA élevé, utilisation récente d'inhibiteurs des 5 alpha reductases, de médicaments contre l'HBP pendant l'étude, de chirurgie pelvienne, insuffisance hépatique, causes of TUBA autres que HPH, diabète non contrôlé, utilisation de nitrates chimiothérapie.	Oui	5 mg 2.8 vs 1.2 (p = 0.003) 20 mg 3.8 vs 1.7 (p = <0.001) 7.1 vs 4.5 (p = <0.001) : includes run-in	Pas de changement dans Qmax; IIEF, QoL, sous-scores irritatif et obstructif de l'IPSS, IPSS QoL score moyen tous significativement amélioré.
Roehrborn et al	Tadalafil 2.5, 5, 10, 20 mg qday 4-wk run-in +12 wk	1058 212/groupe	Age 45, IPSS >12 from BPH for 6 mo, Qmax : 4–15 ml/s	PSA élevé, utilisation récente d'inhibiteurs des 5 alpha reductases, de médicaments contre l'HBP pendant l'étude, de chirurgie pelvienne, insuffisance hépatique, causes of TUBA autres que HPH, Diabète non contrôlé, utilisation de nitrates use, chimiothérapie.	Oui	2.5 mg 3.9 vs. 2.3 (p < 0.05) 5 mg 4.9 vs 1.8 (p < 0.05) 10 mg 5.2 vs 4.5 (p < 0.05) 20 mg 5.3 vs 4.5 (p < 0.05)	Pas de changement dans Qmax ; IIEF, score IPSS QoL moyen, BII, LUTS GAQ tous significativement amélioré (5 mg) ; dose >5 mg minimale variation amélioration mais plus effets secondaires

IPSS = International Prostate Symptom Score; DED = dysfonction érectile ; IIEF = International Index of Erectile Function; FE = fonction érectile ; CP = cancer prostate cancer; HBP = hypertrophie bénigne de prostate, PDE5-I = phosphodiesterase type 5 inhibitor; BII = BPH Impact Index; QoL = quality of life; GAQ = question Global Assesment ; RPM=résidu post-mictionnel

Tableau 3 : Aspects et impact sur la santé sexuelle des femmes continentes et incontinentes présentant une hyperactivité vésicale (d'après Coyne (4)) :

	Femmes continentes	Femmes incontinentes
Désir sexuel	• Maintien du désir sexuel • Frustration associée à la douleur ou l'inconfort durant la relation, la fréquence urinaire et les impériosités	• désir sexuel diminué • Facteurs: ménopause, âge, hystérectomie, peur des odeurs et/ou de l'incontinence, perte de confiance, embarras.
Excitation sexuelle	• augmentation du temps nécessaire pour l'excitation • Facteurs: tension liée à l'attente de la douleur et de l'impériosité	• augmentation du temps nécessaire pour l'excitation • Facteurs: peur de l'incontinence, impossibilité de se relaxer et interruption pour aller à la salle de bain ou uriner
Lubrification vaginale	• pas concernée	• pas concernée
Orgasme	• augmentation du temps nécessaire pour atteindre l'orgasme • Facteurs: peur et anxiété liés soit à la douleur en cours ou possible, ou inconfort durant les relations (et entraînant une impossibilité de se relaxer) et impériosités entraînant des interruptions pour aller aux toilettes.	• Capable d'atteindre l'orgasme, mais ne l'autorise pas forcément. • Facteurs: mesure préventive pour éviter les fuites (impossibilité de se relaxer et presser son partenaire d'arriver à l'orgasme avant la fuite)
Satisfaction sexuelle	• pas satisfaite • Facteurs: frustration, douleur, inconfort	• pas satisfaite • Facteurs: perte de l'orgasme, insatisfaction du partenaire
Image/confiance	• pas concernée	• perte de confiance en soi et baisse de l'image • Facteurs: sentiment d'une perte de sexualité, de féminité, d'être moins désirable.
Relation avec le partenaire sexuel	• impact négatif sur la relation • Facteurs: perte d'intimité, peur des relations sexuelles, interruptions dans les relations, peur du rejet.	• Impact variable sur la relation • Facteurs: acceptation du problème par le partenaire, nature accommodante du partenaire, peur du rejet par un nouveau partenaire
Attitudes pour faire face	• Employée • Exemples: évitement, massage	• Employée • Exemples: masturbation, douche avant les rapports, rapports sous la douche, serviettes de toilettes dans le lit.

RÉFÉRENCES

- 1- ABRAMS P, CARDOZO L, FALL M, GRIFFITHS D, ROSIER P, ULMSTEN U, VAN KERREBROECK P, VICTOR A, WEIN A; *Standardisation Sub-Committee of the International Continence Society. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society*. Urology. 2003 Jan;61(1):37-49.
- 2- ROSEN R, et al. *Lower urinary tract symptoms and male sexual dysfunction: the multinational survey of the aging male (MSAM-7)*. Eur Urol 2003;44(6):637-49.
- 3- KÖHLER TS, MCVARY KT. *The Relationship between Erectile Dysfunction and Lower Urinary Tract Symptoms and the Role of Phosphodiesterase Type 5 Inhibitors*. European urology 55 (2 0 0 9) 38-48.
- 4- COYNE KS, MARGOLIS MK, JUMADILOVA Z, BAVENDAMT, MUELLER E, and ROGERS R. *Overactive bladder and women's sexual health: What is the impact?* J Sex Med 2007;4:656-666.
- 5- ANDREA SALONIA, GIUSEPPE ZANNI, ROSSELLA E. NAPPI, ALBERTO BRIGANTI, FEDERICO DEHO, FABIO FABBRI, RENZO COLOMBO, GIORGIO GUAZZONI, VALERIO DI GIROLAMO, PATRIZIO RIGATTI, FRANCESCO MONTORSI. *Sexual Dysfunction is Common in Women with Lower Urinary Tract symptoms and Urinary Incontinence: Results of a Cross-Sectional Study*. European Urology 45 (2004) 642-648.

LES MALADIES À RISQUE SEXUELS : Le couple, le syndrome métabolique et les maladies cardio-vasculaires

Franck PAGANELLI

Professeur de Cardiologie
CHU Nord Marseille
franck.paganelli@mail.ap-hm.fr

La cinquantaine passée, apparaissent des troubles hormonaux chez la femme (ménopause) mais aussi chez l'homme par une baisse modérée de sécrétion de testotérone. De plus, l'amélioration des moyens de transport par exemple n'incitant plus à marcher de façon régulière, modification du comportement alimentaire, réduction des dépenses caloriques quotidiennes vont provoquer avec le temps une modification du métabolisme. L'utilisation des sucres et des graisses provenant de l'alimentation vont conduire soit à une adiposité particulière obésité « androïde » qui associée à des désordres métabolique porte désormais le nom de « syndrome métabolique (SM) ». L'érosion des sentiments associée à d'autres facteurs médico-sociaux peut aboutir à la diminution même transitoire de la libido marquant alors un tournant dans les relations du couple.

Le thérapeute doit gérer alors ce couple à la fois dans sa relation avec l'autre mais aussi corriger l'image négative de lui-même qu'il (elle) peut s'attribuer.

Au-delà de la simple panne, il faut s'interroger sur la dysfonction érectile révélatrice d'une pathologie organique. Parfois passagère, parfois installée, la dysfonction érectile est un trouble relativement courant qui trouve des réponses dans un bon diagnostic, une meilleure hygiène de vie, voire des médicaments. Il s'agit d'en parler avec un professionnel. La dysfonction érectile (DE) est une maladie carrefour entre des troubles métaboliques et des troubles psychiques laissant entrevoir un champs d'application jusque là insoupçonnée. Si les liens entre DE et athérosclérose sont désormais clairement appuyés par de nombreuses publications, il faut désormais attirer l'attention des thérapeutes sur l'association DE, trouble de la libido et syndrome métabolique (SM). Il peut se révéler difficile de diagnostiquer un SM devant une perte de la libido, il peut se révéler délicat de traiter une DE devant un syndrome métabolique.

Qu'est-ce que le syndrome métabolique ?

L'histoire du SM commence à Marseille en 1947 où le Pr. Jean VAGUE décrit un syndrome associant : obésité androïde, résistance à l'insuline, intolérance au glucose ou diabète 2, dyslipidémie. Puis en 1982, les suédois associent l'obésité abdominale et mortalité cardio-vasculaire ; en 1990, les Américains « redécouvrent » le SM. En 1998 le SM «revient» en France sous différentes appellations : Syndrome de l'insulino-résistance, Syndrome X, Syndrome de l'insulino-résistance, Syndrome plurimétabolique, Syndrome polymétabolique, puis Syndrome métabolique. Actuellement c'est la définition Nord Américaine (**NCEP ATP III**) qui a été retenue (1) : PA $\geq$ 130/80 mm Hg, Tour de taille hommes $>$ 102 cm, Tour de taille Femmes $>$ 88 cm, TG $\geq$ 150 mg/dl, HDL-Cholestérol: Hommes $<$ 40 mg/dl, HDL-Cholestérol:Femmes $<$ 50 mg/dl, Glycémie à jeun $\geq$ 110 mg/l. véritable fléau de santé silencieux (assimilé à un diabète rampant).

Le SM est autant à risque que le tabac dans le domaine cardio-vasculaire (2)

En France, selon la définition NCEP ATP III du SM environ une personne sur 5 présente un SM (3)

Physiologiquement, l'obésité abdominale est désormais assimilée à une glande endocrine responsable de la libération de facteur d'athérosclérose (élément prothrombotique de type PAI-1, élément

inflammatoire de type CRP, lipoprotéine impliqué dans métabolisme des lipides tel l'apo E et libération hormones stéroïdes aromatasées) (4)

Il existe un parallèle entre l'âge croissant, la dysfonction érectile, l'apparition du SM et des maladies cardiovasculaires (5).

L'étude MMAS (Massachusetts Male Aging Study) fait apparaître que la survenue d'un syndrome métabolique est fortement corrélée à la présence de troubles de l'érection chez les sujets ayant un indice de masse corporelle supérieur à 25. Les troubles de l'érection seraient alors un élément prédictif, un signe annonciateur de la survenue d'un syndrome métabolique et justifieraient alors les explorations à la recherche de ce symptôme. Cette étude a montré que 52% des hommes âgés de 40 à 70 ans présentent un degré variable de DE. La prévalence de la dysfonction érectile et de la déficience en testostérone symptomatique (hypogonadisme) augmentent toutes deux avec l'âge. Toutes deux sont également souvent accompagnées de pathologies cardiovasculaires et métaboliques sous-jacentes. Dans la cohorte de Kuopio (6) portant sur un suivi de 11,6 ans, le syndrome métabolique est associé à un risque de mortalité cardiovasculaire x 3,5. Selon Ricker et al (7), plus le nombre d'anomalies du SM augmente, plus le risque cardiovasculaire augmente.

Que faire devant une perte de la libido et une suspicion de SM ? Le SM est-il le témoin ou la conséquence de la perte de libido ; le problème n'est actuellement pas résolu. La communauté scientifique n'a pas complètement approuvé le SM en tant que pathologie. L'utilité même du concept de syndrome métabolique vient d'être remise en question par les associations européennes (EASD) et américaines (ADA) de diabétologie (8) car les critères de définition ont souvent été ambigus ou incomplets, la physiopathologie est encore incertaine, l'évaluation du risque cardio-vasculaire est en cours et pour l'instant le traitement ne diffère pas du traitement de chacun des éléments constitutifs. Pourtant, le syndrome métabolique est un concept utile en pratique clinique car il sert à identifier des patients en prévention primaire, à identifier des patients en prévention secondaire. Le but étant d'identifier ceux qui doivent être pris en charge de façon encore plus intensive, notamment afin d'éviter l'apparition d'un diabète. Le SM n'est pas une maladie nouvelle mais un concept pour identifier un profil de patient à haut risque cardio-vasculaire.

Que faire devant un couple présentant un SM simple ou double ? Respect de règles hygiéno-diététiques (9)

Réduction pondérale de -5 à -10% (IMC >25)

Activité physique : au moins 30 min d'exercice modéré par jour

Suppression du tabac et limiter l'alcool

Rééquilibrage de l'alimentation au niveau qualitatif

- augmenter la consommation de fruits et légumes
- limiter la consommation de graisses totales, AGS en particulier
- limiter la consommation d'aliments riches en sucres simples
- augmenter la consommation des aliments riches en fibre

Les médicaments adjuvants pour traiter la DE tels les IPDES 5 ne sont pas contre-indiqués sous réserve que le patient ne soit pas soumis à un traitement par trinitrine.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) NCEP ATP, *Third report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III)*, NIH Publication N°01-3670, 2001. *Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III)*. JAMA. 2001;285:2486-2497.
- 2) SATTAR N et al. *Circulation* 2003. 108:414-419.
- 3) GOMILA S, et al. *Med Nutr* 2003 ; 39:89-94.

- 4) DESPRÉS JP. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2003; 27:S22-S24
- 5) BALKAU B et al. *Diabetes Metab*. 2003 Nov;29(5):526-32.
- 6) LAKKA HM et al. *JAMA* 2002;288:2709-16
- 7) RICKER et al . *Circulation*. 2003;107:391-397
- 8) KAHN R et al, *Diabetes Care* 2005; 28:2289-2304
- 9) DESPRÉS JP et al. *BMJ*. 2001 ; 322:716-720

LES MALADIES À RISQUE SEXUELS : Les maladies cardio-vasculaires et le syndrome métabolique

Antoine LEMAIRE

Endocrinologue, andrologue Sexologue
12 rue de Cannes 1er étage
59000 Lille
lemaire-antoine@wanadoo.fr

Une pathologie chronique peut altérer le fonctionnement sexuel en raison d'une vulnérabilité physique et psychologique ; la maladie n'est pas la seule cause du problème sexuel ; elle interagit avec l'environnement de la personne.

Trop souvent, le retentissement sexuel est sous évalué ; il est lié aux barrières pouvant exister entre les patients et l'équipe soignante et les patients peuvent parfois ressentir, de la part du corps médical, une réticence à fournir des informations pour permettre la reprise d'une activité sexuelle : ils peuvent en effet avoir besoin de conseils pour adapter leur sexualité à leur handicap

La prévalence de la dysfonction érectile est évaluée chez les sujets ayant eu un infarctus à 37% pour les hommes; le risque de provoquer un nouvel infarctus lors d'un rapport est présent à l'esprit, environ chez 85% des patients ([Yildiz H).

Un taux de DE de 40% est aussi rapporté par Vacanti

Mais ce sont les traitements qui sont le plus souvent incriminés et notamment les bêta bloqueurs ; cette situation a été démentie par Ko dans une métaanalyse .

Il y a ainsi de nombreuses études sur la prévalence épidémiologique en médecine sexuelle mais peu sur l'incidence de ces conditions (Derogatis).

Qu'en est-il alors de la prise en charge d'un patient avec dysfonction sexuelle lorsqu'existent des facteurs de risque cardiovasculaires?

La demande du patient est-elle identique ? Schwartz rapporte qu'en dépit du fait que de nombreux patients admettent que la sexualité prend une place moins importante dans leur vie depuis l'apparition de leur problème cardiaque, 52% des hommes et 38% des femmes déclarent que le sexe reste important dans leur vie. Soixante huit pour cent des hommes pensent que des traitements existent pour leur problème et 36% ont essayé des produits en vente libre ou accessibles via internet. Dans les 3 ans qui suivent l'installation de leur pathologie cardiaque, 60% des hommes disent n'avoir jamais été interrogés sur leur sexualité alors que tous estiment qu'il est nécessaire d'aborder le problème.

Comment réagit la partenaire ? Soixante deux pour cent des hommes disent que leur partenaire les soutient et adopte une attitude plutôt empathique à leur égard ; toutefois 13 % d'entre elles évitent de parler du problème sexuel avec leur partenaire (Schwarz).

Y-a-t-il des étapes supplémentaires dans la prise en charge? La fonction sexuelle peut donc être affectée chez des patients avec problèmes cardiaques ; cependant l'anxiété peut jouer un rôle dans l'apparition des difficultés sexuelles. Selon Korpelainen, la détérioration du fonctionnement sexuel serait attribuable à la difficulté de parler de sexualité et des problèmes fonctionnels divers.

Peut-on mettre au point une stratégie de prise en charge du patient porteur d'une pathologie chronique et d'un problème sexuel ? Il est intéressant de constater que plus d'hommes que de femmes (59 versus 31%) estiment que la dysfonction sexuelle n'est que la conséquence d'un processus de vieillissement et 40 % des hommes et 25% des femmes pensent que l'activité sexuelle est néfaste pour le cœur (Schwartz) il paraît difficile dans ce contexte de ne traiter que le problème sexuel sans tenir compte des facteurs de risque. La prise en charge des facteurs de risque associés au problème sexuel ne peut qu'améliorer la compliance du patient aux différents traitements. Après mise en place d'un traitement de la dysfonction érectile, évaluer l'action thérapeutique permettra non seulement d'en

vérifier l'efficacité mais aussi d'apprécier l'acceptation du traitement par la partenaire et de s'assurer de la régression de l'anxiété souvent présente initialement. Il faut garder présent à l'esprit que lorsque la sexualité est altérée, la communication et l'empathie entre le médecin et le patient peut être masqué par l'anxiété et la culpabilité (Corona G). La sexualité contribue énormément au maintien de la qualité de vie chez beaucoup de patients atteints d'une pathologie chronique et chez leur partenaire. Les effets d'une pathologie chronique sont multifactoriels et agissent à tous les stades de la réponse sexuelle. La réponse sexuelle est extrêmement complexe et influencée par plusieurs variables (baisse de désir, dimension cognitive, conjugale, interpersonnelle, psychopathologique et biologique). Les méthodes d'intervention psychologique devront toujours être associées nouveaux traitements pharmacologiques.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- CORONA G, JANNINI EA, MAGGI M : *Inventories for male and female sexual dysfunctions* International Journal of Impotence Research 2006 18, 236 - 250
- DEROGATIS L.R. , BURNETT A.L.: *The epidemiology of sexual dysfunctions* ; J .Sex.Med. 2008 ; 5(2) : 289-300)
- KO DT, HEBERT PR, COFFEY CS, SEDRAKYAN A, CURTIS JP, KRUMHOLZ HM. *Beta-blocker therapy and symptoms of depression, fatigue, and sexual dysfunction*. JAMA 2002 Jul 17;288(3):351-7
- KORPELAINEN JT, NIEMINEN P., MYLLYLÄ V.V. *Sexual functioning among stroke patients and their spouses* ; Stroke , 1999, 30:715-719
- SCHWARTZ ER, KAPUR V, BIONAT S, GUPTA R, ROSANIO S. *The prevalence and clinical relevance of sexual dysfunction in women and men with chronic heart failure* Int. J.Impot. Res. 2008 ;20(1) :85-91
- VACANTI L , CARAMELLI B . *DISTRESS: associated variables of erectile dysfunction post-acute myocardial infarction. A pilot study*.Int J Impot Res 2005 Mar-Apr;17(2):204-6
- YILDIZ H , PINAR R. *Sexual dysfunction in patients with myocardial infarction [Miyokard infarktuslu hastalarda cinsel disfonksiyon.]*Anadolu Kardiyol Derg 2004 Dec;4(4):309-17

LES MALADIES À RISQUE SEXUELS : Cancer de la prostate et Prostatectomie radicale

J. PEYRANNE

Médecin sexologue.

Service chir Uro andrologique / CHU Toulouse Rangueil

N. THIOUNN

Professeur d'urologie.

Pôle Adulte Urologie/Hôpital Necker. Paris

Le chirurgien et le médecin se situent en général à deux phases particulières de la maladie cancéreuse, et pour ce qui est du cancer de la prostate, celle du diagnostic et du traitement le plus souvent chirurgical, puis celle du suivi...entre les deux, c'est peut on dire, l'affaire de l'urologue et du médecin traitant et en cas de progression éventuellement des oncologues.

Parallèlement à ces deux phases, le retentissement sexuel, lui, découle d'une part du diagnostic et du changement émotionnel qu'il entraîne et d'autre part du traitement avec les changements physiques et psychologiques qui en dépendent.

L'espoir de guérison est, en cancérologie, soumis à l'épreuve du temps, l'état de guérison serait celui où toutes les cellules cancéreuses ont été éradiquées, cet objectif idéal, étant certainement obtenu dès la fin du traitement initial.

Dans le cancer de la prostate ce lien entre espoir de guérison et état de guérison est très poché, mais chez un patient de plus en plus jeune, et au prix d'une altération de la fonctionnalité sexuelle et de son impact sur :

- la puissance sexuelle et la virilité
- l'éjaculation et sa représentation du plaisir
- la fonction de reproduction
- et enfin l'image de l'homme dans le couple.

L'expérience du chirurgien et celle du médecin sexologue travaillant en service de chirurgie uro andrologique serviront de base à cette présentation.

RÉFÉRENCES

- *"Sexe, cancer et guérison ou la convalescence du désir"*. PEYRANNE J. PONTONNIER F., PLANTE P., SOULIÉ M., TOLLON C. 8th International congress on Anti-cancer Treatment. feb.1998, Paris
- *Sexual Side Effects and Prostate Cancer Treatment Decisions: Patient Information Needs and Preferences.*, KNIGHT SJ, LATINI DM. Cancer J. 2009 January/February;15(1):41-44.
- *Measuring the individual quality of life of patients with prostate cancer.* STONE PC, MURPHY RF, MATAR HE, ALMERIE MQ. Prostate Cancer Prostatic Dis. 2008;11(4):390-6. Epub 2008 Apr 22.
- *Quality of life and satisfaction with outcome among prostate-cancer survivors.* SANDA MG, DUNN RL, MICHALSKI J, SANDLER HM, NORTHOUSE L, HEMBROFF L, LIN X, GREENFIELD TK, LITWIN MS, SAIGAL CS, MAHADEVAN A, KLEIN E, KIBEL A, PISTERS LL, KUBAN D, KAPLAN I, WOOD D, CIEZKI J, SHAH N, WEI JT. N Engl J Med. 2008 Mar 20;358(12):1250-61.

LES MALADIES À RISQUE SEXUELS : Dépression et vie sexuelle

C. LANÇON

Professeur de Psychiatrie
CHU Ste Marguerite, 1309 Marseille
christophe.lancon@mail.ap-hm.fr

Les troubles de l'humeur sont fréquents (plus de 5% de la population par an). Souvent méconnus, ils sont source d'une souffrance majeure pour la personne et son entourage. Ils modifient le corps et l'esprit.

En altérant le désir, la dépression retenti sur l'intimité du sujet. Bien souvent des troubles de la libido (et non de l'érection chez l'homme) constituent l'expression de la perturbation de « l'élan vital ». Si le désir est émué ou éteint, il peut exister des comportements d'hypo ou d'hypersexualité vécu dans sans réelle « affectivité ».

Ces troubles comportementaux associés à la perte du désir modifient de manière majeure les relations avec les partenaires amoureux et les conjoints. Cette situation, du fait de leur chronicité, peut parfois « réactiver » certaines « tensions » ou dysfonctionnement dans la sexualité du couple.

Le retard au diagnostic ou son absence conduisent à des « malentendus » et sont sources de souffrances. Malheureusement, les traitements habituels de la dépression (les antidépresseurs) peuvent altérer le fonctionnement sexuel. Il convient ainsi, face à une dépression (et tout trouble psychique) de sortir de l'entretien singulier. L'abord dynamique et relationnel, prenant en compte les relations amoureuses, est un élément primordial pour favoriser l'évolution favorable des troubles de l'humeur. Une information loyale du patient et du ou des partenaires quant aux effets de la dépression et de ses traitements est nécessaire. La reprise du désir signe la « guérison » de l'épisode psychiatrique. Enfin, dans certaines, la plainte « sexuelle » (secondaire à un trouble de l'humeur) doit être prise en compte de manière prioritaire et traitée. Dans certains cas, les médicaments sexo-actifs, peuvent améliorer aussi l'humeur.

RÉFÉRENCES

- S. ALTHOF. *Depression and erectile dysfunction* ; Men's Sexual Health Consultation Collections
• November 2006 : 26-34
- BONIERBALE M, LANÇON C, TIGNOL J. *The ELIXIR Study: Evaluation of Sexual Dysfunction in 4557 Depressed Patients in France*, Curr Med Res Opin 19(2):114-124, 2003.

LES MALADIES À RISQUE SEXUELS :

Le syndrome de stress post-traumatique :

Est-il une maladie à risques sexuels ?

Patrick BLACHÈRE

Psychiatre - sexologue
3 Place du Revard
73100 Aix-les-Bains
blacheraix@wanadoo.fr

A/ Introduction et objectifs :

Le stress post-traumatique ou PTSD est un trouble anxieux que l'on appelait jadis névrose traumatique ou encore parfois névrose de guerre.

Ce sont les conflits mondiaux qui ont été à l'origine des premières descriptions de ce trouble par les médecins des armées.

Les conséquences sexuelles de ce trouble anxieux sont peu connues. Pourtant, certains auteurs estiment que 80 % des sujets présentant un PTSD et connaissent des dysfonctions sexuelles durables.

Il n'existe que peu de références bibliographiques sur le sujet. Elles sont pour la plupart anglo-saxonnes et concernent les vétérans de la guerre du Vietnam.

Nous proposons une lecture critique de la littérature scientifique, au vue de notre expérience expertale, d'une population composée majoritairement de civils.

Notre souhait est de contribuer à combler le retard pris dans la littérature francophone et d'élaborer des pistes de recherche selon quatre axes :

- clinique : identification des différentes problématiques, de nature sexuelle, pouvant être secondaires à un stress post-traumatique,
- thérapeutique : quelles sont les particularités des troubles sexuels liés au stress post traumatique ?
- médico-légal : reconnaissance d'un préjudice sexuel spécifique lorsqu'il y a syndrome de stress post-traumatique,
- purement sexologique : identification des difficultés générées par le PTSD sur le partenaire et sur le couple.

B/ Rappel des critères diagnostics du PTSD (en grisé les items potentiellement inducteur de difficultés sexuelles ou conjugales)(1)

Le syndrome de stress post-traumatique est un trouble anxieux défini de façon très précise pas le D.S.M IV de façon globale. Ce diagnostic ne peut être reconnu que si le sujet a été confronté à un événement traumatique important dans lequel les deux éléments suivants étaient présents

- Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu trouver la mort ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de blessures graves ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.
- La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'im-

puissance ou d'horreur.

1/ Des symptômes d'intrusion

À distance de ce traumatisme le sujet présente ce qu'il est convenu d'appeler des Symptômes d'intrusion.

L'événement traumatique est constamment revécu de l'une (au moins) des façons suivantes :

- Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions,
- Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse,
- Impressions ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (illusions, hallucinations, flash-back).
- Sentiment intense de détresse psychologique lors de l'exposition à des indices externes ou internes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause.
- Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer un aspect de l'événement traumatique en cause.

2/ Des symptômes d'évitement et d'émoussement

Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), avec au moins trois des manifestations suivantes

- Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associées au traumatisme,
- Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme,
- Incapacité à se rappeler un aspect important du traumatisme,
- Réduction nette de l'intérêt pour des activités antérieurement importantes ou réduction de la participation à ces mêmes activités,
- Sentiment de détachement d'autrui ou bien sentiment de devenir étranger aux autres personnes.
- Restriction des affects (par exemple : incapacité à éprouver des sentiments tendres).
- Sentiment d'avenir « bouché » (par exemple : ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants...).

3/ Des symptômes neurovégétatifs.

Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme); au moins deux des manifestations suivantes

- Difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu,
- Irritabilité ou accès de colère.
- Difficultés de concentration.
- Hyper-vigilance
- Réactions de sursaut exagérées

Ces perturbations doivent durer plus d'un mois pour que le diagnostic soit retenu et ces perturbations doivent entraîner une souffrance ou altération du fonctionnement psychique du sujet dans le domaine social, professionnel ou tout autre domaine important.

C/ Épidémiologie (4)

Les données de la littérature en matière d'épidémiologie sont extrêmement divergentes suivant les pays certains (aux USA) vont jusqu'à retrouver 5 à 12 % de sujet présentant des critères diagnostics de PTSD au sein de la population générale mais la plupart des études menées dans les autres pays font état d'une prévalence de 1% de PTSD (Ce qui correspond néanmoins à une importante morbidité).

Une chose est donc certaine ce trouble anxieux concerne de très nombreux patients.

Il est sûrement sous-estimé en clinique sexologique (il n'existe aucune donnée chiffrée sur la prévalence de cette dysfonction dans la patientèle des sexologues).

D/ Données cliniques et facteurs de vulnérabilité(2)

Certains sujet sont plus exposés à d'autres à développer ce type de trouble soient du fait :

- d'une vulnérabilité personnelle (trouble mental associé ou trouble de la personnalité préalable),
- de leur exposition à des facteurs potentiellement traumatogène. (Ex : sujet vivant dans une zone de conflit)

E/ cliniques des troubles sexuels

Les conséquences des troubles sexuels secondaires au PTSD sont déjà prévisibles à la simple lecture des critères diagnostics. Nous avons volontairement grisé les items qui peuvent avoir une répercussion sur la fonction sexuelle et/ou sur la relation de couple.

Schématiquement il est classique de distinguer :

- Les PTSD secondaires à un traumatisme d'origine non sexuelle

La prévalence des difficultés sexuelles est, dans ce groupe de patients, aussi importante que dans les PTSD secondaires à un traumatisme sexuel.

Les dysfonctions sexuelles (données de la littérature) sont variées. Certaines semblent directement liées à la composante neurovégétative du trouble anxieux. Cette origine expliquerait le caractère très atypique de certaines plaintes faussement étiquetées hystériques mais qui ne sont, de fait, que le résultat de perturbations du système nerveux autonome (sudation, érythrose orgasmique, malaise etc....)

Dans ce groupe, les difficultés conjugales sont nombreuses. Il est, à ce sujet, très éclairant de lire les témoignages des partenaires des vétérans du VIETNAM : l'irritabilité et l'émoussement des affects sont à l'origine de la plupart des difficultés décrites.

- Les PTSD secondaires à des traumatismes de nature sexuelle

Nous retrouvons dans ce groupe les mêmes difficultés que dans les PTSD non sexuels. Mais il existe des spécificités à connaître ; certaines dysfonctions semblent directement liées à la nature sexuelle du traumatisme

- Dysfonction sexuelle et surtout « vaginisme secondaire à retardement » apparaissant bien après le trauma et parfois après une période de vie sexuelle « épanouie » et souvent au décours d'une première grossesse.
- Phobies spécifiques de certaines caresses ou positions coïtales rappelant au sujet l'acte traumatique, Ces phobies spécifiques sont difficiles à « avouer » pour la victime car elles font revivre le traumatisme et génèrent parfois honte et sentiment de culpabilité. Il importe donc de les rechercher systématiquement surtout en matière d'évaluation du préjudice. Cette perte de fantaisie est souvent la source de tensions conjugales

DISCUSSIONS

Il importe de rappeler que l'évolution des PTSD est difficile à évaluer à long terme. Il ya parfois un intérêt pour les victimes à alléguer une pérennité des symptômes afin de percevoir une indemnité perçue comme due (majoration du préjudice).

Ceci étant, il serait faux de croire que le fait de voir les sujets victimes s'améliorer de façon quasi magique, après le règlement de l'assurance, est le révélateur d'une simulation. En effet, la procédure judiciaire est en soit un facteur qui entretient la souffrance en obligeant le sujet à se souvenir du trauma, à le revivre. La fin de la procédure est symboliquement libératrice et parfois plus thérapeutique que certaines thérapies...

A contrario, il faut aussi être très circonspect devant la lecture de certains articles qui donnent au PTSD un pronostic redoutable. Ils ne tiennent pas compte de ce facteur correctif, les études n'étant par définition réalisées que chez des sujets en cours d'évaluation.

CONCLUSIONS

Il convient pour le sexologue :

- De retenir l'importance des complications sexuelles des PTSD,
- De savoir rechercher certains troubles spécifiques aux PTSD d'origine sexuelle,
- De comprendre l'originalité de certains symptômes du fait de l'importance des complications neurovégétatives,
- De savoir évaluer ce préjudice,
- De prendre en charge les couples ne serait ce qu'en leur permettant un accès à l'information sur la clinique des dysfonctions sexuelles. En effet, pour le partenaire de la victime d'un traumatisme, comprendre l'origine de l'émoussement affectif ou de l'irritabilité voire de l'hyper émotivité de son conjoint permet de mieux l'accepter.

Ainsi l'étude des conséquences sexuelles du PTSD permet de redécouvrir qu'il n'y a de bonnes études de la sexualité que si le regard du chercheur se tourne aussi du côté du partenaire.

Le sexe même post traumatique est une affaire de couple.

MOTS CLES : stress post-traumatique, P.T.S.D; préjudice sexuel, Partenaire, couple.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES PRINCIPALES

- 1 *American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
- 2 ELIZABETH J. LETOURNEAU, PAUL A. SCHEWE, and B. CHRISTOPHER FRUEH - *Preliminary Evaluation of Sexual Problems in Combat Veterans with PTSD* - Journal of Traumatic Stress, Vol. 10, No. 1, 1997
- 3 JOLLY, A. [FRANCE] *Epidémiologie des PTSD* - Journal International De Victimologie - International Journal Of Victimology n5 2006

LE COUPLE ET LE DÉFICIT ANDROGÉNIQUE

Le couple et le déficit androgénique masculin

Pierre COSTA

Professeur d'Urologie-Andrologie
C.H.U. de Nîmes
pierre.costa@chu-nimes.fr

La diminution de plusieurs hormones a été mise en évidence chez les sujets vieillissants. Ces déficits hormonaux sont volontiers dénommés en utilisant le suffixe « -pause ». Ménopause et andropause correspondent ainsi à l'altération de la « fonction de reproduction » ce qui, au sens large, englobe la fertilité, la sexualité et les fonctions contrôlées par les stéroïdes sexuels. Toutefois, alors que la ménopause se caractérise par une disparition brutale et définitive de la fonction de reproduction avec arrêt pratiquement complet de la sécrétion ovarienne de progestérone et d'estrogènes, « l'andropause » correspond chez certains hommes à une diminution progressive de la sécrétion de testostérone avec, pour possibilité de conservation de la fonction de reproduction jusqu'à un âge avancé. Outre l'âge, il existe des facteurs génétiques et il faut prendre en compte l'impact très négatif des maladies chroniques comme le diabète par exemple. Le terme d'« andropause » paraît donc peu adapté. Plusieurs groupes ont ainsi préféré un vocable plus descriptif des caractéristiques masculines : Androgen Deficiency in Aging Male (ADAM), Partial Androgen Deficiency in Aging Male (PADAM ou Déficit Androgénique Lié à l'Age (DALA) ou plus récemment et plus simplement Syndrome de Déficit en Testostérone (SDT). La sexualité est concernée au tout premier plan. Le motif principal de consultation et de diagnostic d'un SDT est en général un trouble du désir. Il est en général facile d'évoquer un hypogonadisme devant une diminution de la libido associée à une fonction érectile médiocre, une disparition des érections nocturnes et matinales spontanées, une diminution du plaisir, une éjaculation jugée insuffisante (en qualité et en volume). Il faudra bien sûr vérifier que la baisse du désir est bien générale, concernant toutes les femmes et pas seulement la compagne du patient, ce qui ferait plutôt évoquer une conjugopathie. Il faudra aussi éliminer les autres étiologies des troubles de la libido masculine comme les accès dépressifs par exemple. Mais le diagnostic de SDT est parfois posé en consultation d'urologie ou en pratique de médecine générale. Il faut alors aussi savoir évoquer un SDT devant des manifestations très diverses comme une asthénie et une fatigabilité accrue, des troubles du sommeil, des accès d'hypersudation, des bouffées vasomotrices de type flush, une diminution de la masse et de la force musculaire, une augmentation de la masse grasse (graisse viscérale et surtout abdominale), une dépilation pubienne et axillaire, des troubles du caractère à type d'irritabilité ou d'indifférence, une perte de l'estime de soi, un manque de motivation, d'élan vital et de combativité, des troubles de la concentration et parfois des troubles de la mémoire récente. Une autre grande occasion d'évoquer ce diagnostic en pratique andrologique courante est devant l'échec ou l'efficacité médiocre d'un traitement médicamenteux d'aide à l'érection (iPDE5). Le bilan endocrinien s'il n'a pas encore été demandé, sera alors prescrit.

Lorsqu'un hypogonadisme a été diagnostiqué, la discussion avec le patient va conduire à lui expliquer que, du fait de l'importance en physiologie de la testostérone, la prescription d'androgènes peut permettre d'obtenir une amélioration de beaucoup de ses symptômes et donc finalement une amélioration de sa qualité de vie (Matsumoto 2002). Il est ainsi utile de lui faire part que l'étude des patients traités montre que le traitement androgénique permet d'améliorer l'activité sexuelle, surtout en restaurant la libido même si un effet positif sur l'érection est possible mais moins fréquemment obtenu. Il faut ensuite bien sûr évoquer avec lui l'existence de contre-indications et de précautions d'emploi et donc la nécessité de réaliser un bilan pré thérapeutique. C'est à ce moment là qu'il convient d'expliquer la nature et l'importance des liens existant entre la testostérone et la prostate.

Aucune étude n'a pour l'instant montré d'augmentation du risque de cancer prostatique sous traitement androgénique (Morgentaler 2006). Mais le risque potentiel justifiera une surveillance pendant toute la durée du traitement. La compagne est toujours concernée par ces informations et elle devra absolument participer aux discussions pour bien comprendre l'intérêt du traitement substitutif et son absence de dangerosité. Son adhésion permettra d'obtenir une bonne compliance au traitement. L'évocation des bénéfices escomptés et la possibilité d'une diminution des morbidités et même des risques de mortalité (Shore 2006) sont en général des arguments de poids.

POUR EN SAVOIR PLUS :

- *Testosterone Therapy in Adult Men with Androgen Deficiency Syndrome : an Endocrine Society Clinical Practice Guideline*. S BHASIN et al. The journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 2006, 91(6): 1995-2010.

LE COUPLE ET LE DÉFICIT ANDROGÉNIQUE

Le couple face au blocage androgénique dans le cadre du traitement d'un cancer de la prostate

Stéphane DROUPY

Professeur d'Urologie- Andrologie
CHU de Bicêtre. Université Paris Sud
sdroupy@aol.com

Le cancer de la prostate représente la forme de cancer la plus fréquente avec plus de 60 000 nouveaux cas diagnostiqués en 2007 en France. Il touche près de 10% des hommes de plus de 50 ans. Les traitements disponibles à l'heure actuelle associent en fonction du stade de la maladie : chirurgie, radiothérapie externe ou interstitielle, hormonothérapie et chimiothérapie. La prostate est un organe dont la croissance et la survie dépendent de la production de testostérone. Lorsque l'action de la testostérone est supprimée, par castration chimique ou médicale ou par l'effet d'un médicament bloquant les récepteurs de la testostérone (antiandrogène), les cellules prostatiques induisent massivement un processus de mort cellulaire programmée ou apoptose.

Le blocage androgénique fait donc partie de l'arsenal thérapeutique du cancer de la prostate et est spécifiquement indiqué de façon définitive ou intermittente en cas de métastase ou de façon temporaire et adjuvante aux traitements locaux (radiothérapie ou chirurgie) en cas de cancer localement avancé à haut risque de récurrence. En cas de cancer métastatique, le blocage androgénique est induit le plus souvent par des injections trimestrielles ou semestrielles d'analogues de la LHRh qui sont aussi efficaces qu'une orchidectomie bilatérale en permettant après quelques mois d'obtenir des taux de testostérone $< 0,05\text{ng/ml}$. Ce traitement n'agit cependant pas sur la sécrétion surrénalienne d'androgènes et doit être complété si l'on veut un blocage androgénique complet par l'association d'un antiandrogène périphérique qui bloque spécifiquement les récepteurs tissulaires des androgènes. En cas de cancer métastatique le blocage androgénique est efficace en moyenne 2 ans (1-15 ans), s'en suit une phase de maladie hormono-réfractaire au cours de laquelle une chimiothérapie peut être utilisée. Les effets secondaires du blocage androgénique associent : une diminution du désir sexuel (libido), une diminution de la qualité et de la fréquence des érections, une ostéoporose: (diminution de la taille, fracture de fatigue), une diminution de la pilosité et de la masse musculaire, des bouffées de chaleur, des mastodynies, une diminution de la taille des testicules et de la qualité du sperme, une asthénie, une humeur dépressive, une perte d'énergie et de motivation, des troubles du sommeil, une diminution des performances physiques, une perte de mémoire et des capacités de concentration. L'hormonothérapie par castration chirurgicale ou par administration d'un agoniste de la LHRH est associée à un risque accru de survenue de diabète, d'un syndrome métabolique et de maladie cardiovasculaire athéromateuse et d'anémie.

Une fois les inquiétudes liées au cancer dissipées en partie grâce à la diminution du PSA, les hommes perçoivent de façon rapidement progressive la survenue d'une dysfonction sexuelle globale associant absence ou épuisement important du désir, dysfonction érectile et diminution du volume de l'éjaculat. La diminution du désir est surtout nette en ce qui concerne le désir spontané alors que l'excitabilité (désir en réponse à une stimulation) demeure parfois. La qualité des érections s'altère progressivement d'autant plus que les couples limitent leurs activités sexuelles pour des raisons variées : inquiétudes ou dépression liée au cancer, peur d'aggraver le cancer, peur de transmettre le cancer, maternage. L'attitude de la partenaire s'oriente le plus souvent vers l'acceptation et l'organisation d'une fin de vie sexuelle, acceptée par le patient dans le contexte d'une maladie métastatique et soutenue le plus souvent par les médecins.

Les problèmes apparaissent lorsque le traitement est temporaire (3 ans dans le cadre des hormono-

radiothérapies) et destinée à guérir les patients ou lorsque la rémission, attestée par un taux de PSA très faible, dure plusieurs années chez des patients en bon état général et jeunes. L'importance de la diminution du désir sexuel et de la qualité des érections est extrêmement variable d'un patient ou d'un couple à l'autre. Même si seulement 10 à 20% des patients restent sexuellement actifs sous traitement certains gardent une libido et des érections de bonne qualité qui attestent sans doute d'une adaptation psychologique par élaboration d'un désir moins spontané peut être soutenu par une variation fonctionnelle de la sensibilité de leur récepteur des androgènes.

La prise en charge globale des patients sous hormonothérapie est aujourd'hui très limitée et doit évoluer. La prise en compte de l'état antérieur (santé globale et sexuelle) et l'information complète sur les effets secondaires doivent permettre de déterminer les conditions de la prise en charge ultérieure. Les moyens de prévention (alimentation, exercice physique) doivent être mis en place très tôt. Une prise en charge sexologique semble, pour les couples qui souhaitent garder une activité sexuelle, un élément indispensable en association avec les pharmacothérapies. Les modalités de cette prise en charge restent à définir.

RÉFÉRENCES

- DIBLASIO C. et al. *Patterns of sexual and erectile dysfunction and response to treatment in patients receiving androgen deprivation therapy for prostate cancer* BJU Int 2008; 102:39-43
- BOCCON-GIBOD et al *The role of intermittent androgen deprivation in prostate cancer* BJU INT 2007; 100:738

LE COUPLE FACE À LA MALADIE : SAVOIR DÉPISTER, FAIRE DIRE ET TRAITER

Quand la maladie fait irruption dans le couple

David ZAROUK

Médecine Interne (néphrologie) Sexologie clinique, Hypnose, Thérapie de couple
43 avenue Hoche - Paris 75008
contact@sexomed.info

INTRODUCTION

L'annonce d'une maladie grave ou d'un accident représente pour chaque individu une effraction violente au sein de l'équilibre physique et psychique dont il a toujours plus ou moins feint d'en oublier la précarité.

Si l'individu vit en couple, ce sera également à une entité bien spécifique, à laquelle va devoir, de fait, s'adresser le porteur de la « mauvaise nouvelle »

Comment alors les protagonistes – le médecin, le patient, le conjoint et le couple vont-ils devoir et pouvoir vivre cette révélation douloureuse ?

Quelle est la réalité de cette épreuve à haute charge émotionnelle, appréhendée selon les critères juridiques, médico-psychologiques, sociologiques, et philosophiques ?

1. L'annonce de la maladie faite au couple

L'information est une nécessité légale technique et éthique qui fait partie du soin.

Ce droit de la personne et ce devoir de professionnel est régi par le Code de la Santé Publique qui en dicte le cadre.

Sur le plan légal, la relation médecin-malade concernant cette annonce doit tenir compte de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, notamment son article L.1111-2, dont l'esprit et la portée font encore débat...

Aujourd'hui, la question n'est donc plus de savoir s'il faut ou non dire la vérité au patient, mais de savoir comment la lui dire.

Le défi restera d'infléchir la communication du savoir médical (informative) par l'expérience humaine (émotionnelle) dans la prise en compte du partenaire

De nombreuses enquêtes et études font le constat de l'absence de formation spécifique réelle des soignants sur la communication du diagnostic et du pronostic d'une maladie non seulement au niveau de l'individu mais surtout au niveau de l'entourage, en particulier du conjoint.

L'annonce d'une maladie grave aiguë ou chronique, quelles qu'en soient les modalités d'évolution prévisibles reste un acte médical difficile, conférant d'emblée à l'individu un « statut de malade » par la confrontation directe à la réalité de la maladie.

2. Le couple face à l'annonce

Si le médecin est désormais libéré de la « conspiration du silence », c'est au couple d'emblée confronté au partage de la souffrance et du désir, d'espérer être compris dans ses attentes.

Chez le patient, vont se décliner tous les sentiments, de mutilation, d'humiliation, autant de ressorts alimentant l'angoisse d'abandon.

Le vécu de l'épreuve sera différent pour chacun des partenaires selon le carré sémiotique : Résignation, Refus, Acceptation, Dénî .

L'irruption de la maladie signifie une brutale remise en question, voire une résolution, du contrat à durée aléatoire dans ses clauses intimes les plus improbables....

L'approche systémique conjugale trouve ici toute sa place dans l'évaluation des nouveaux modes d'expression du « nouveau » couple : social, familial, intime, sensuel et sexuel.

Il importe pour les thérapeutes en charge d'assurer l'accompagnement d'évaluer d'emblée le potentiel de nouvelles « alliances » qui vont baliser le parcours de vie au delà des tabous mais dans le respect des pudeurs.

MOTS CLÉS

Information médicale, couple-système, homéostasie, alliance

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- « *Information du patient et annonce du diagnostic de maladie grave* » - L. MISERY, L. CHASTAING « La revue de médecine interne » n°26 (2005) pp 960-965
- ANAES « *Information des patients – Recommandations destinées aux médecins* » - Mars 2000
- *Code de déontologie médicale*, article 35
- « *Qu'est-ce qu'informer ?* » Conférence de Pierre LE COZ, 21-02-2002.
- *Annonce d'un diagnostic grave : un acte thérapeutique* Ph. FRAISSE Département de pneumologie (Pr E. Quoix). Hôpital de Hautepierre, Strasbourg.
- *Le dispositif d'annonce Plan cancer 2003-2007*
- *Effets pervers et effets positifs de la loi du 04 mars 2002* : Dr J-M GOMAS SFAP Montpellier Juin 2006
- *Apprentissage de l'exercice médical* Fac Méd Rennes La Relation Médecin-Malade : Pr P.JEGO
- « *Dire la vérité au malade* » Ch DELAPORTE Odile Jacob 2001
- « *Face à la maladie grave : patients, familles, soignants* » M. RUSNIEWSKI, préface de Robert Zittoun, Paris, Dunod, 1995, « Pratiques médicales »
- « *Le Temps et l'autre* » (1946-47), E. LÉVINAS Paris, Presses universitaires de France, 1996,
- « *L'annonce de la maladie* » I. MOLEY-MASSOL DaTeBe 2004
- « *Un Cancer et la Vie ; Les malades face à la maladie* » Ph. BATAILLE Balland 2004
- « *L'incidence de l'annonce d'un diagnostic grave* » A. ADRIANSEN Mémoire de Psycho 2002
- « *Du silence* », D. LE BRETON Paris, Métailié, 1997, 282 p., « Traversées ».
- « *Thérapie du couple et de la famille* » V. SATIR EPI 1971
- « *Si tu m'aimes, ne m'aimes pas* » Mony ELKAÏM Seuil 1989
- « *Définition-synthèse du couple et de la thérapie conjugale* » R. PELLETIER Montréal 1978
- « *L'hypnose thérapeutique* » M. ERICKSON
- « *La thérapie du couple dans une perspective systémique* » I. JOLY Montréal 1986

LE COUPLE FACE À LA MALADIE : SAVOIR DÉPISTER, FAIRE DIRE ET TRAITER

Répercussions somatiques et psychologiques de la chirurgie mammaire et des modifications hormonales liées au traitement adjuvant des cancers du sein

B. LETOMBE

Gynécologue, sexologue
Hôpital Jeanne de Flandre, CHRU
59037 Lille
b-letombe@chru-lille.fr

Les représentations de la maladie cancéreuse sont généralement associées à une condamnation à plus ou moins longue échéance dans un devenir sans « avenir ». Nombreux sont les malades qui traversent cette épreuve selon un scénario de mort annoncée. Les pulsions, forces de vie (Eros) et forces de mort (THANATOS) s'affrontent entre elles (FREUD 1929) (1)

Parler de sexualité avec une patiente est à priori un bon signe, la menace de mort semblant s'éloigner, la vie reprenant. (sexualité = antidote à la mort)

Le sacrifice de la sexualité ne devrait plus être le prix à payer pour guérir d'un cancer et une approche multidisciplinaire devrait être absolument proposée aux patientes quel que soit les types de cancers présentés, et notamment pour ce qui est du cancer du sein :

Sexualité, Sein et Cancer ont en effet en commun de concerner la vie relationnelle et l'harmonie sexuelle considérées comme des paramètres de la qualité de vie, devenue un objet médical potentiel, même si cette question demeure encore trop marginale dans l'univers de la cancérologie.

Aujourd'hui, en France, on observe chaque année près de 42000 nouveaux cas de cancers mammaires. Environ 1/4 de ces cancers vont survenir chez les femmes jeunes, avant la ménopause. Ces cancers nécessitent le plus souvent non seulement une prise en charge chirurgicale, mais aussi l'utilisation de traitements complémentaires que ce soient la castration, la chimiothérapie, les anti-oestrogènes, tous ces traitements modifient les hormones sexuelles des patientes (œstrogènes, progestérone, androgènes). Leurs effets secondaires sont variables en intensité et en réversibilité et diffèrent selon l'âge des patientes et les thérapeutiques choisies. En conséquence, les répercussions psychologiques de ces traitements sont donc éminemment variables, ils sont également éminemment variables en fonction de l'âge de la patiente puisque les thérapeutiques en seront différentes et les impacts hormonaux également en fonction d'une ménopause déjà installée ou non.

Mais au delà du fait hormonal, il faut bien sûr toujours garder à l'esprit le point important de l'âge, bien sûr une femme ne vit pas, ne se nourrit pas, ne travaille pas, ne se distrait pas, n'aime pas, ne jouit pas de la même manière à 20 ans et à 60 ans. Sachant cela, il convient aussi de ne pas attribuer au cancer et à son traitement un amoindrissement du désir pouvant être simplement lié en vérité au temps qui passe (2). Ainsi, bien que 50 % des femmes rapportent les troubles sexuels à la suite du traitement d'un cancer du sein, il semble que ces taux soient équivalents à ceux qui sont retrouvés chez les femmes ménopausées, non atteintes de cancer du sein (3)

Toutefois, les troubles sexuels sont plus précisément observés chez les patientes traitées par chimiothérapie et/ou confrontées à une insuffisance ovarienne précoce (4)

REPERCUSSIONS DU GESTE CHIRURGICAL

En France, 2 ou 3 femmes sur 10 ont recours à une reconstruction mammaire. Il n'y a pas véritablement de profil type de la femme amenée à demander une reconstruction mammaire.

Sur le plan chirurgical, 2 études montrent que les troubles sexuels sont plus importants chez des femmes ayant subi une reconstruction mammaire comparées à celles qui ont eu une tumorectomie ou une mastectomie sans reconstruction (5 et 6)

Chez des femmes souvent très soucieuses de leur apparence physique et plus exigeantes quant à la qualité des résultats esthétiques, la reconstruction mammaire susciterait plus de déception, le résultat de l'intervention ne rejoignant pas une image corporelle idéale (7)

Celle-ci restitue la forme, le volume du sein aux prix d'une chirurgie fondée sur l'utilisation de prothèses ou de lambeaux, ce sein reconstruit prétend remplacer la silhouette et le galbe du sein d'origine, mais pas sa sensibilité. Vis-à-vis du regard extérieur, dans les relations socio-familiales, la reconstruction remplit parfaitement son rôle ; vis-à-vis du conjoint, le problème est plus complexe !

Combien de fois n'entend-on pas ?

- « Mon cancer a changé ma vie...sexuelle ».

- « Depuis mon cancer, il ne m'a plus touchée ».

Il est évident que certains conjoints sont sidérés, et que même si la reconstruction tente de faire oublier la maladie, il est souvent difficile à investir par le partenaire. Dans la majorité des cas, c'est surtout la femme qui se sent rassurée, plus désirable, et qui de nouveau, se sent à nouveau plus libre dans la relation sexuelle.

En complément de la chirurgie, les traitements adjuvants complémentaires ont eux aussi un impact voir éventuellement plus important encore sur la sexualité.

REPERCUSSIONS HORMONALES ET TRAITEMENTS ADJUVANTS DES CANCERS DU SEIN CHEZ LES FEMMES NON MENOPAUSEES

Les différents traitements adjuvants

- la castration

La castration chirurgicale et radiothérapique définitive laisse de plus en plus la place désormais à la castration temporaire par analogue de la LHRH qui crée une ménopause réversible avant 40 ans, mais pouvant être définitive au-delà.

Sur le plan hormonal, il faut différencier la castration chirurgicale qui annule les sécrétions oestrogéniques et androgéniques de la castration radique qui peut permettre de conserver une certaine sécrétion androgénique ainsi que la castration chimique par analogue de la LHRH.

- le Tamoxifène

Hormonothérapie de première intention chez la femme jeune traitée pour un cancer mammaire, c'est un anti-œstrogène avec activité oestrogénique faible.

Sans castration associée, elle se comporte comme un inducteur de l'ovulation conduisant parfois à des taux oestrogéniques circulants élevés (8)

En général, le cycle menstruel est maintenu, parfois irrégulier et dans un tiers des cas, en administration prolongée, aboutit à une aménorrhée. Le Tamoxifène peut induire des bouffées vasomotrices, des sueurs nocturnes ou sueurs froides, des pertes ou des démangeaisons vaginales et une prise de poids.

- les inhibiteurs de l'aromatase

Les anti-aromatases, eux sont plus responsables d'une sécheresse vaginale, d'une dyspareunie et d'une baisse de la libido, ainsi que de fatigue et de douleurs ostéo-articulaires.

- la chimiothérapie

Altère la fonction ovarienne de manière réversible en général, mais à partir de 38 ans, la fonction ovarienne peut s'altérer de façon irréversible. Il est difficile de prédire la durée de l'insuffisance ova-

rienne liée à cette chimiothérapie, même en présence d'aménorrhée prolongée, on ne peut préjuger d'une absence de risque de grossesse et il faut proposer une contraception.

Les effets secondaires liés à l'insuffisance ovarienne : troubles climatiques

Le retentissement des bouffées vasomotrices sur la qualité de vie peut être particulièrement important. Il est souvent difficile d'y remédier. On peut proposer de la Clonidine, de la B-alanine, mais surtout des antidépresseurs de type IRSS.

En plus de ces phénomènes vasomoteurs, peuvent être perçues par la patiente, des modifications de la perception du corps :

modifications de la silhouette, prise de poids, vieillissement cutané plus rapide avec parfois des signes d'hyperandrogénie qui peuvent nécessiter parfois une prise en charge dermo-cosmétique.

Les troubles génito-urinaires

Si la persistance d'une activité sexuelle coïtale permet de ne pas souffrir de sécheresse vulvo-vaginale, celle-ci est souvent présente. Il ne faut pas hésiter à proposer des traitements trophiques locaux :

- de type Replens
- voire oestrogéniques locaux après avis si possible de l'oncologue (Colpotrophine, Gydrelle, Physiogine) et enfin proposer bien sûr des traitements permettant de restaurer la flore vaginale (Trophigil, Florgynal)
- sans oublier l'apport de lubrifiants lors de l'activité sexuelle.

CONCLUSION :

Les effets de la chirurgie mammaire et les thérapeutiques adjuvantes proposées, hormonales et chimiothérapiques peuvent altérer incontestablement de façon marquée la qualité de vie avec des répercussions sur la relation sociale, familiale mais surtout conjugale et sexuelle.

Mais il est démontré que le paramètre prédictif le plus important de la satisfaction sexuelle chez ces femmes est LA RELATION au partenaire.

Et il n'est pas rare qu'une approche pluridisciplinaire puisse s'avérer indispensable associant oncologue, psychologue, gynécologue, sexologue avec prise en charge de couple pour prendre en charge au mieux la complexité des répercussions psycho-somatiques et sexuelles de cette pathologie qui touche le sein : symbole de féminité, de maternité, de tendresse mais aussi d'érotisme.

RÉFÉRENCES

- 1 - MARX E, (2005) *Revue Francophone de Psycho-oncologie*, Vol 4 n°3 : 139-140
- 2 - GROS D (2005) *Revue francophone psycho-oncologie*, Vol 4 n° 3 : 145-150.
- 3 - GANZ PA, ROWLAND JH, DESMOND K, et al (1998) *Life after breast cancer : understanding women's health-related quality of life and sexual functioning*. J Clin Oncol 16 (2) : 501-14.
- 4 - SCHOVER LR (2004) *Myth-busters : telling the true story of breast cancer survivorship*. J Natl Cancer Inst 96 (24) : 1800-1)
- 5 - ROWLAND JH, DESMOND KA, MEYEROWITZ BE, et al. (2000) *Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors*. J N Cancer Inst 92 : 1422-9
- 6 - YUREK D, FARRAR W, ANDERSEN BL (2000) *Breast cancer surgery : comparing surgical groups and determining individual differences in postoperative sexuality and body change stress*. J Consult Clin Psychol 68 (4) : 697-709.
- 7 - KORNBLITH A, LIGIBEL J (2003) *Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer*, Seminars in Oncology 30 (6) : 799-813
- 8 - MOURITS, MJ, DE VRIES EG, WILLEMSE PH, et al. (2001) *Tamoxifen treatment and gynecologic side effects : a review*. Obstet Gynecol 97 (5 Pt 2) : 855-66

LE COUPLE FACE À LA MALADIE : SAVOIR DÉPISTER, FAIRE DIRE ET TRAITER

La sexualité chez les femmes après un cancer du sein

J. BITZER

Professeur de gynécologie et psychosomatique
Dep. Gynécologie Université Bâle
Spitalstrasse 21
4031 Basel - Suisse
jbitzer@uhbs.ch

INTRODUCTION

Sexualité et cancer se retrouvent dans une même dialectique (Spannungsfeld), la sexualité étant associée à la reproduction, au plaisir et à l'amour tandis que le cancer s'associe à la destruction, à la mort, à la perte et la tristesse. Cette antinomie se reflète dans plusieurs croyances irrationnelles que nous pouvons trouver chez les patientes comme chez les médecins :

- La sexualité est un luxe que l'on ne peut pas se permettre dans une lutte pour la survie
- La sexualité n'est plus possible dans le corps malade, ou bien la sexualité nuit au corps malade.
- La perte partielle d'une fonction sexuelle veut dire que la sexualité dans l'ensemble est perdue.
- Rapports sexuels et sexualité sont identiques.
- Le fait d'être capable d'avoir des rapports définit l'identité sexuelle.

Dans ces croyances destructives, on retrouve un concept de la sexualité réduit au coït ou bien à la physiologie de la réponse sexuelle. Il faut nous rappeler, et le rappeler aussi aux patientes, que la sexualité a plusieurs dimensions : La génitalité de la réaction sexuelle avec l'excitation et l'orgasme, ne doit pas nous faire oublier les dimensions de l'identité sexuelle (être un homme, être une femme), de l'intimité émotionnelle (être proche, se sentir compris), de l'image du corps (être en accord avec son corps, attractivité, beauté) ni celle de la fertilité (désir d'enfants, puissance).

Les dysfonctions sexuelles chez les femmes avec cancer du sein

La prévalence des troubles sexuels est importante et prouvée par plusieurs études. Robinson a trouvé des troubles sévères et de longue durée chez 50% des femmes. Dans une autre étude, on a observé une absence du désir sexuel dans 64% des cas, avec 38% de dyspareunies, 42% de problèmes de lubrification, 30% de difficultés d'orgasme. Plus de la moitié des femmes rapportent des problèmes de l'image du corps. Dans une étude transversale, on a noté que la qualité de vie se détériore pendant la phase diagnostique et thérapeutique primaire, mais s'améliore et se stabilise au fur et à mesure de la survie. *Seule la vie sexuelle souffre d'une détérioration persistante.* Dans une étude de cas contrôle, tous les domaines de la sexualité étaient significativement inférieurs chez les femmes ayant survécu à un cancer et traitées par chimiothérapie. L'analyse multivariable montrait que la sécheresse vaginale était une variable importante modifiant tous les domaines de l'expérience sexuelle et expliquant la différence entre les groupes. En ce qui concerne les types de chirurgie, Bukovitch a trouvé qu'il y avait une grande diminution de la satisfaction sexuelle chez les femmes après mastectomie et résection mammaire, que la majorité considérait l'attitude du partenaire comme meilleure ou pareille après le traitement et que l'image du corps s'altéraient pour 58,3% des femmes ayant subi une mastectomie, et pour 44,9% des femmes après résection simple.

La chimiothérapie montre un effet négatif sur la fonction sexuelle pendant le traitement et jusqu'à

3 ans après la fin du traitement, surtout chez les femmes préménopausées. Tamoxifen seul ne montre pas d'effet négatif sur la sexualité chez la femme de plus de 50 ans, tandis que Zoladex et la combinaison LHRH avec Tamoxifen montrent un effet négatif sur la sexualité. Si l'on s'intéresse aux variables déterminantes, on a pu trouver dans l'étude de Speer, qu'il y avait une fonction sexuelle très réduite dans tous les domaines sauf en ce qui concerne le désir. Il n'y avait pas de relation entre dysfonction sexuelle, type de cancer et valeur plasmatique de la testostérone. La **détresse liée à la relation avec le partenaire était la variable la plus importante pour expliquer le trouble de l'excitation, de l'orgasme, de la lubrification, de la satisfaction et de la douleur sexuelle**. L'âge, les difficultés relationnelles et la dépression étaient les facteurs les plus importants associés aux difficultés sexuelles en général.

Dans une autre étude de Greendale, on a trouvé que 2 sur 3 domaines sexuels étaient influencés par la qualité de la relation, les troubles vaginaux, les facteurs socioculturels et l'existence ou non de bouffées de chaleur. D'autres facteurs montraient une association avec seulement un domaine plutôt spécifique de l'expérience sexuelle : l'âge, le temps écoulé depuis le diagnostic, la conservation du sein, l'existence de comorbidités, l'incontinence urinaire, l'image du corps, les valeurs des testostérone biodisponible, LH et SHBG.

Remerciements au Dr MH Colson pour son aide à la traduction.

RÉFÉRENCES

- ANDERSEN BL *Sexual functioning morbidity among cancer survivors. Current status and future research directions.* Cancer. 1985 Apr 15;55(8):1835-42.
- ROBINSON 1998: *Survival of first and second primary breast cancer.* Cancer. 1993 Jan 1;71(1):172-6.
- BARNI S. MONDIN R: *Sexual dysfunction in treated breast cancer patients.* J Clin Oncol 2001; 23: 2456
- NEYT M, ALBRECHT J. *The long-term evolution of quality of life for disease-free breast cancer survivors: a comparative study in Belgium.* J Psychosoc Oncol. 2006;24(3):89-123
- BROECKEL JA, THORS CL, JACOBSEN PB, SMALL M, COX CE. *Sexual functioning in long-term breast cancer survivors treated with adjuvant chemotherapy.* Breast Cancer Res Treat. 2002 Oct;75(3):241-8.
- BUKOVIC D, FAJDIC J, HRGOVIC Z, KAUFMANN M, HOJSAK I, STANCERIC T. *Sexual dysfunction in breast cancer survivors.* Onkologie. 2005 Jan;28(1):29-34
- G. BERGLUND et al: *Effect of endocrine treatment on sexuality in breast cancer patients: A prospective randomized study.* J Clin Oncol 2001; 19 (11): 2788-2796
- SPEER JJ, HILLENBERG B, SUGRUE DP, BLACKER C, KRESGE CL, DECKER VB, ZAKALIK D, DECKER DA. *Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors.* Breast J. 2005 Nov-Dec;11(6):440-7.
- GREENDALE GA, PETERSEN L, ZIBECCHI L, GANZ PA: *Factors related to sexual function in postmenopausal women with a history of breast cancer.* Menopause. 2001 Summer;8(2):111-9 .

LE COUPLE FACE À LA MALADIE : SAVOIR DÉPISTER, FAIRE DIRE ET TRAITER

Dynamique du couple et stratégies face à la maladie

Armand LEQUEUX

Université de Louvain
10 Place C. Mercier
B1348 Louvain-la-Neuve, Belgique
armand.lequeux@uclouvain.be

INTRODUCTION

La maladie, le couple et sa sexualité : voici le triptyque que nous vous proposons d'explorer ensemble. La sexualité des conjoints ou partenaires au long cours est souvent comparée à la cerise sur le gâteau de la relation qui les unit, nous suggérons de la considérer également comme un levain dans la pâte. Faire l'amour, même et surtout quand on est confronté à la maladie, peut contribuer à faire grandir l'amour...

1. La maladie.

Face à la maladie d'un de ses membres, c'est, à l'évidence, l'ensemble du couple qui est perturbé et invité à s'adapter... ou à mourir. Chaque couple est une histoire singulière et il va rencontrer une maladie particulière, aiguë ou chronique, douloureuse ou anxiogène, bénigne ou rapidement handicapante, etc. Toute généralisation étant à la fois abusive et nécessaire, nous avons besoin d'un concept théorique pour nous aider à éclairer quelque peu ce phénomène d'adaptation face au stress que constitue une maladie. Nous proposons d'utiliser la notion de coping développée par Lazarus et Folkman (1984) et validée par de nombreuses études en psychologie de la santé (Bruchon-Schweitzer, 2002). Ce concept de coping, traduit par stratégie d'ajustement, fut construit pour un usage individuel, mais comme nous le verrons, son application conjugale est également théorisée depuis les travaux de Bodenmann (1995).

Lazarus définit le *coping* comme « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, permettant de gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées par la personne comme dépassant ses ressources* » Il repère trois types de stratégies d'ajustement. Elles ne s'excluent d'ailleurs pas mutuellement : le *coping* centré sur le problème s'efforce de gérer la situation, le *coping* centré sur l'émotion tente de modifier l'attitude du sujet, le coping centré sur le soutien social privilégie la recherche d'aide dans l'entourage.

Ces processus d'ajustement face au stress important que constitue la maladie provoquent des changements personnels positifs et négatifs dans les rapports à soi, aux autres et au monde. Et moi, et moi ? Une maladie peut déclencher une salutaire remise en question personnelle, une redécouverte du goût de vivre, une remise en perspective des espoirs et objectifs poursuivis. Elle peut aussi précipiter une dépréciation de soi, un enfermement protecteur contre un intolérable sentiment de vulnérabilité, une attitude résolument égocentrique et narcissique... Et les autres ? La maladie permet souvent de faire le tri dans ses relations. Il y a ceux qui fuient ou qui nient, ceux qui vous accablent de solutions simplistes en vous reprochant de ne pas les appliquer, ceux qui sont simplement présents dans la justesse de leur empathie... Et le monde ? Incertitude et finitude s'imposent au souffrant qui doit revoir ses croyances (Janssen, 2008), donner à sa maladie un sens symbolique et social qui vient souvent s'entrechoquer avec le sens biologique médical. Le corps qu'on a, le corps qu'on est, le corps qu'on représente : un ménage à trois qui ne va pas sans conflits !

2. Le couple.

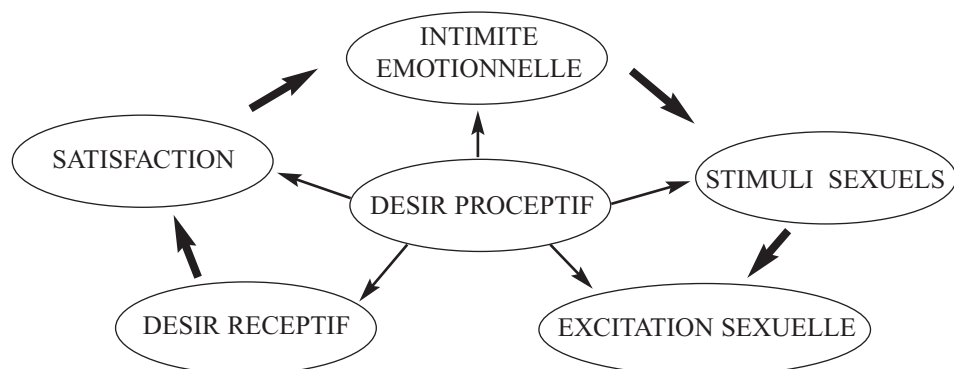
Afin de recentrer notre propos, nous laissons volontairement de côté les importants phénomènes plus ou moins inconscients qui sont mobilisés dans un système-couple confronté à la maladie (les enjeux de pouvoir, les vengeances, les collusions, etc.) pour faire appel aux travaux de Bodenmann (1995) à qui l'on doit l'application de ce concept de *coping* à la conjugalité. Il définit le *coping dyadique* comme « l'ensemble des efforts d'un ou des deux partenaires destinés à gérer les événements stressants, ainsi que les tensions éprouvées par l'un (stress individuel) ou par les deux partenaires (stress dyadique). Il comprend les stratégies de gestion destinées au maintien ou à la restauration de l'équilibre structurel, fonctionnel, comportemental, émotionnel et social du système dyadique ainsi que l'équilibre de chaque partenaire ». Trois phases importantes se succèdent et s'entremêlent dans ce processus bien décrit récemment par l'équipe de Untas (2009) de Bordeaux. Il y a d'abord la *communication autour du stress*, qui consiste pour chacun à parler de ses peurs et de ses difficultés à son partenaire, à lui demander son soutien pratique et/ou émotionnel.

Ensuite, vient le *soutien dyadique* qui est positif lorsque le partenaire non souffrant adopte pour l'autre une stratégie de soutien centrée sur le problème (comment puis-je t'aider à clarifier les enjeux et les conséquences de ta maladie et à mettre en place avec toi les adaptations pratiques à la situation nouvelle ?) ou centrée sur les émotions (j'entends et je fais vibrer en moi les émotions que tu ressens face à cette maladie, je t'exprime ma solidarité avec empathie...). Le soutien dyadique est négatif lorsque le partenaire bien portant fait comprendre à l'autre que son problème et ses émotions ne le concernent pas. Il y a bien entendu des situations ambivalentes, des sentiments mêlés et des non-dits, avec des nuances entre l'hostilité (tu as ce que tu mérites...), la neutralité (c'est ton problème...), et le rejet gentil (mais oui, mais oui, je comprends...).

Enfin, le troisième stade n'est pas le moins important, il s'agit du *feed-back*. L'efficacité de la stratégie est-elle perçue par les deux partenaires ? Sont-ils satisfaits ? Se perçoivent-ils comme une équipe soudée face à l'adversité ? Cette étape est évidemment essentielle pour permettre au couple d'évaluer régulièrement la situation appelée à se modifier, elle est aussi importante pour valider le concept même de coping adapté à la conjugalité. Ces validations se sont avérées effectivement pertinentes aussi bien a posteriori (Bodenmann, 1997) que dans une étude prospective (Bodenmann, 2006).

3. La sexualité.

A côté de divers types de prise en charge psycho-médico-sociale de la santé sexuelle (Bitzer, 2007), l'application de ces notions de coping conjugal aux dysfonctions sexuelles est largement conceptualisée et mise en pratique avec pertinence, par exemple dans la dysfonction érectile (Colson, 2007), mais ce n'est pas exactement cela que nous souhaitons développer ici. Nous avons vu qu'un couple confronté à la maladie peut mettre en place un coping centré sur le problème, sur les émotions ou sur le soutien moral : nous proposons d'y ajouter le *coping centré sur la sexualité*. Il s'agit d'inviter un couple confronté à la maladie d'un de ses membres à utiliser sa fonction sexuelle au sens large pour y puiser des ressources qui l'aideront à s'adapter au mieux à sa situation. Nous proposons aux deux partenaires de suivre le schéma circulaire de l'itinéraire érotique décrit par Basson (2002) et que nous traduisons de manière simplifiée comme ceci :



Nous accompagnons les patients-couples en espaçant les consultations à leur rythme, avec une forte insistance sur le feed-back qui impose une réflexion cognitive explicite. Même en l'absence de désir sexuel préalable, leur intimité émotionnelle peut se charger érotiquement par l'échange de souvenirs tendres ou "coquins", par la description des sensations corporelles vécues lors de rencontres sexuelles qui ont compté dans leur histoire, par le partage de fantasmes ou de scénarios fantaisistes. Ensuite l'échange de stimuli sexuels peut s'envisager progressivement, en programmant d'abord des séances de massages mutuels, ensuite nous proposons ce que nous présentons comme des jeux de fiancés timides, puis audacieux et enfin libérés... Lors de chaque étape de cette progression, les deux membres du couple sont invités à prendre conscience de la manière la plus précise possible de leur état d'excitation, à la fois central/cérébral et corporel/génital, puis à le décrire à leur partenaire qui tente de faire vibrer en lui l'expérience de l'autre. Nous suggérons de fréquentes pauses pour se vivre pleinement désirants/désirés, avant de repartir vers la quête de satisfactions, de plaisir, avec ou sans orgasme, pour préparer le retour au partage d'émotions et de souvenirs intimes qui referme la boucle.

Comme on le voit, il ne suffit pas de traiter la ou les dysfonctions sexuelles d'un couple confronté à la maladie, même si c'est essentiel de s'y appliquer par ailleurs chaque fois que c'est possible, mais il est possible de faire de la sexualité un mode d'expression qui peut aider la dyade conjugale à s'adapter au mieux au stress de la maladie. La rencontre sexuelle n'est plus ici la cerise sur le gâteau d'un bon climat relationnel, elle devient le levain dans la pâte. Nous croyons que c'est cela que l'on appelle communément faire l'amour !

MOTS CLÉS

Maladie chronique, couples, coping, sexualité.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BASSON R, *Rethinking low sexual desire in women*. Br J Obstet Gynaecol 2002; 109 : 357-362.
- BITZER J, PLATANO G, TSCHUDIN S, ALDER J, *Sexual counseling for women in the context of physical diseases. A teaching model for physicians*. J Sex Med 2007 ; 4 : 29-37.
- BODENMANN G, *A systematic-transactional conceptualization of stress and coping in couples*. Swiss J Psychol 1995 ; 54 : 34-49.
- BODENMANN G, *Dyadic coping : A systematic-transactional view of stress and coping among couples : Theory and empirical findings*. Eur Rev Appl Psychol 1997 ; 47 : 127-131.
- BODENMANN G, PIHET S, KAYSER K, *The relationship between dyadic coping and marital quality : A 2-year longitudinal study*. J Fam Psychol 2006 ; 20 : 195-202.
- BRUCHON-SCHWEITZER M, *Psychologie de la santé*. Paris : Dunod ; 2002.
- JANSSEN T, *La maladie a-t-elle un sens ? Enquête au-delà des croyances*. Paris : Fayard ; 2008.
- COLSON M-H, *Couple, conjugalité et dysfonction érectile*. Gynecol Obstet & Fertilité 2007 ; 35 : 129-134.
- LAZARUS RS, FOLKMAN S, *Stress, appraisal and coping*. New-York : Springer ; 1984.
- UNTAS A, QUINTARD B, KOLECK M, BORTEYROU X, AZENCOT A, *Impact de la gestion dyadique du stress sur l'ajustement à une reconstruction mammaire différée après cancer*. Annales médico-psychologiques 2009 (sous presse, disponible www.sciencedirect.com).

LE COUPLE FACE À LA MALADIE : SAVOIR DÉPISTER, FAIRE DIRE ET TRAITER

L'accompagnement de la maladie : rupture ou guérison du couple ?

J. BITZER

Professeur de gynécologie et psychosomatique
Dep. Gynécologie Université Bâle
Spitalstrasse 21
4031 Basel - Suisse
jbitzer@uhbs.ch

La maladie représente un grand défi pour le couple et comme montré précédemment, la qualité de la relation joue un rôle important pour la sexualité de la femme avec un cancer du sein. Pour mieux comprendre ce qui se joue au niveau du couple il faut d'abord considérer les différents domaines de l'adaptation que la femme doit réaliser :

- affronter la peur de la mort,
- intégrer les changements opératoires dans son image du corps
- surmonter les douleurs récidivantes et la fatigue
- vivre avec les symptômes ménopausiques
- surmonter les phases de dépression et désespoir
- accepter une possible diminution de l'attractivité etc.

Tous ces efforts d'adaptation font partie de la relation avec le partenaire et sont ou non l'objet d'un accompagnement par le partenaire. Cela veut dire qu'il y aura une restructuration et une réorganisation fondamentale de la relation. On peut distinguer plusieurs axes sur lesquels le couple doit rétablir un nouvel équilibre.

L'axe autonomie vs indépendance qui décrit aussi la dimension hiérarchique et la dimension de pouvoir dans la relation. La patiente doit souvent accepter une diminution de son autonomie et une augmentation de la dépendance de l'autre. Comme réaction, le partenaire a besoin de répondre avec une augmentation de la prise en charge et la bienveillance sur son partenaire, ce qui nécessite une redéfinition de rôle. Pour les couples pour lesquels l'autonomie de la femme était une partie importante de son estime de soi, ces changements peuvent entraîner des réactions agressives chez la patiente. Le deuxième axe est **l'axe symétrie vs complémentarité**. Il y a des couples, où les tâches quotidiennes, les positions sociales et les compétences sont plus ou moins symétriques et d'autres où les tâches et les compétences sont complémentaires. La maladie peut nécessiter une réorganisation et une redéfinition des tâches et compétences. Pour les couples qui sont configurés soit sur le modèle symétrique, soit sur le modèle de la complémentarité, ce changement nécessite une flexibilité qu'ils ne possèdent pas toujours et qu'ils doivent apprendre.

Le troisième axe peut être décrit comme **l'axe proximité vs distance**. Les changements physiques, et aussi les changements du bien-être corporel et mental peuvent résulter soit d'un besoin de proximité émotionnelle, soit d'un besoin de distance chez la patiente. Les couples qui ne peuvent pas réguler et modifier leur proximité ou leur distance et qui sont soit très proches ou très distancés courent le risque d'exagérer leur comportement habituel. On peut alors trouver un état de fusion ou bien d'aliénation.

Les réactions du partenaire vis-à-vis du cancer du sein de la femme

Empiriquement, on peut constater des réactions différentes chez le partenaire de la patiente.

A. Le rejet

- « Les sein opéré ou bien l'ablation du sein a changé profondément mon expérience du corps de ma femme »
- « je ne me sens plus attiré, je me sens repoussé »
- « le corps de ma femme ne correspond plus à mon esthétisme et mon image du corps féminin »
- « j'ai des fantasmes d'autres corps et je rêve d'autres corps sains »

B. Acceptation de la perte et adaptation de l'expérience du corps de la femme

- « le sein opéré ou bien l'ablation du sein a très peu changé mon expérience de ton corps »
- « je me sens toujours attiré de ton corps entier ; je retrouve toujours des éléments nouveaux »
- « l'expression de ton corps me plaît »
- « mon expérience est variable, ce n'est pas toujours le même »

C. L'importance de la perte disparaît derrière le souci pour la personne

- « le sein opéré n'a pas changé mon expérience du corps de ma femme ou bien ce changement n'est pas important pour moi »
- « nous avons une histoire commune qui nous lie étroitement. C'est sa façon de penser, de sentir et de se comporter qui m'attire »
- « je ressens gratitude, solidarité et amitié. Je veux que tout aille bien pour elle »

D. L'importance de la perte disparaît derrière des sentiments de culpabilité

- « le sein opéré a changé mon expérience du corps de ma femme »
- « je ne me sens plus attiré et même rejeté »
- « j'ai des sentiments de culpabilité envers ma femme parce que elle va mal et moi je vais bien »
- « je ne veux pas la blesser, elle a déjà beaucoup souffert »
- « nous appartenons l'un à l'autre »

Les réactions de la patiente face à l'attitude du partenaire

Les réactions de la patiente sont à superposer à ses réactions émotionnelles vis-à-vis de la maladie. Ces réactions sont la tristesse, la dépression, l'agression, la diminution de l'estime de soi, la jalousie, la méfiance, le manque de confiance, l'isolation sociale.(voir ci-dessus). Cette vulnérabilité augmentée peut entraîner des réactions de la patiente envers le comportement de son partenaire. Les situations cliniques typiques sont les suivantes (citations des femmes).

A) Le reproche

« Tu te retires de notre relation, tu évites le contact physique, parce que je suis moins belle qu'avant.....

Ceci veut dire que tu ne m'aimes plus.....

parce que peut-être tu ne m'as jamais aimée.....

parce que tu es une personnalité superficielle qui s'oriente seulement vers l'extérieur.....

parce que tu n'as aucune empathie et aucun sentiment pour moi, etc.

B) La diminution de soi-même et en même temps l'appel à l'aide.

Je n'ai plus aucune valeur.....(je me sens dévalorisée)

Je peux comprendre que tu ne veux plus me toucher.....

J'aurais tant besoin d'amour, mais je ne peux pas te le dire.....

Ceci devrait venir spontanément de toi.....

Laisse-moi tranquille et en même temps, ne m'abandonne pas.

C) Le double message

Tu es gentil et plein de sollicitude, mais tu ne me désires plus.....

parce que je suis déformée.....

Pour cette raison, ton amour et ta sollicitude n'ont aucune valeur.....

au contraire ton comportement me blesse encore plus.....

Ceci montre que tu ne m'aimes plus.....

Les difficultés dans les interactions de couple

Voyons devant ces différentes réactions, les difficultés de la dynamique de couple.

Tout d'abord il y a dans presque toutes les relations de vieux conflits jamais réglés qui vont alors se réactiver et gagner une nouvelle importance dans la crise liée à la maladie.

- La patiente se sent menacée et blessée et cherche un nouvel équilibre, elle recherche une nouvelle définition d'elle-même.
- Le partenaire est souvent troublé et plein de sentiments de culpabilité et lui aussi cherche une nouvelle définition de sa partenaire.

Tous les deux ont en même temps peur du changement et peur d'avoir à redéfinir leur relation.

Quelles sont les tâches pour la patiente ?

Elle doit apprendre à verbaliser ses émotions et de les exprimer d'une façon qui permette de renouer le dialogue avec le partenaire.

Elle doit être ou devenir consciente des attentes qu'elle a envers son partenaire et face à son environnement.

Elle doit trouver en elle-même une nouvelle force pour ressentir un désir sexuel renouvelé.

Elle doit reconstruire une nouvelle image de soi à laquelle s'identifier positivement.

Les tâches pour le partenaire.

Il doit déterminer la signification et l'importance que la maladie de la femme entraîne pour lui-même.

Qu'est-ce qu'il va perdre ? Quels sont les éléments qui lui font peur et qui le menacent ? Quel rôle jouent les sentiments de culpabilité dans son comportement ? Quelles sont les contradictions, les conflits, les difficultés qu'il ressent en lui-même ?

Il doit redéfinir sa relation avec le corps de sa femme, avec ses émotions, ses pensées et son comportement. Il doit aussi apprendre à redéfinir sa sexualité de couple et la renouveler, tout comme la relation elle-même.

Seul un dialogue permanent permet d'y arriver. Il évoluera par étapes successives alternant succès et échecs, correction successive des cognitions et des comportements inadaptés et apprentissage de conséquence pour tous deux... Le dialogue a plusieurs fonctions principales : catarsis, mettre le conflit sur la table, augmenter la compréhension, redéfinir les rôles, définir les problèmes (la liste des problèmes), chercher des solutions.

Assez souvent le dialogue nécessite un modérateur et une définition des objectifs préalables. Le thérapeute peut aider le couple de développer un tel dialogue en posant des questions systémiques.

Qu'est-ce que vous pensez que votre mari, (votre femme) doit corriger et changer ?

Quelles sont à votre avis les conséquences sur la sexualité de votre mari, (de votre femme) ?

Quelles sont à votre avis les conséquences pour votre relation ?

Pensez-vous pouvoir changer et quels sont les éléments de la situation actuelle que l'on doit accepter ?

Quelles sont les solutions que l'on peut envisager ?

Cette modération peut catalyser une communication reconstructive pour le couple et contribuer à la guérison plutôt qu'à la rupture.

peut-être que tu ne m'as jamais aimée.....

M. BONAL

Gynécologue

Centre Commercial Saint-Caprais

26 bis, Rue du Lac Bleu

31240 L'union - France

drmichelebonal@wanadoo.fr

En conclusion de cette table ronde concernant "le couple face à la maladie", nous évoquerons les différentes possibilités d'évolution du couple : "rupture ou guérison".

La maladie qu'elle soit aigue ou chronique ,avec ou sans déficit de la fonctionnalité génitale , ainsi que les traitements , portent atteinte à la personne dans son élan de vie, son estime de soi, et son identité propre et sexuelle . L'autre du couple est touché aussi par cette épreuve et va se positionner avec des attitudes variées : rejet, surprotection, dégoût , peur de nuire etc ...,modifiant l'équilibre relationnel et la communication affective et érotique du couple. Les effets peuvent se sentir à court terme, moyen terme et long terme et à travers des exemples cliniques nous aborderons la façon d'accompagner au mieux ces couples dans leur devenir. La complexité de ces situations cliniques, présentées par des couples en souffrance à travers la maladie, ne peut être appréhendée que dans une approche intégrant les différentes composantes de la sexualité et nécessite une ouverture vers l'interdisciplinarité.

Incontinence Urinaire

Désormais, je m'en occupe



1^{er}
électrostimulateur
sans fil
de rééducation
périnéale

Remboursement Séc. Soc. à 65% selon nomenclature LPPR (304,90 €)



La rééducation à domicile

KEAT®. Kegel Exercises Alternative Treatment. Indication : **KEAT® est un traitement de l'incontinence urinaire féminine : d'effort, par impériosité ou mixte.** Présentation : KEAT® est un électrostimulateur périnéal sans fil et programmable utilisé pour la rééducation périnéale à domicile. KEAT® est un dispositif médical de classe IIA constitué de : 1 sonde étanche, 1 boîtier chargeur non étanche qui assure la programmation de la sonde et la charge de la batterie, 1 adaptateur secteur qui alimente l'ensemble. **Mode d'action :** KEAT® délivre des stimulations permettant de faire travailler les muscles du plancher pelvien et les structures musculaires avoisinantes par l'intermédiaire d'une sonde placée dans le vagin après avoir été chargée. Ce travail des muscles par stimulation permet, en fonction du programme sélectionné selon le type d'incontinence, d'améliorer la fermeture de l'urètre par contraction directe ou réflexe de la musculature urétrale striée (incontinence d'effort) ou de diminuer les contractions de la vessie (incontinence par impériosité). **Durée du traitement :** la durée du traitement est déterminée par le médecin. En général, le traitement dure 2 mois, à raison d'une séance de 30 minutes par jour. Le traitement est d'autant plus efficace qu'il est régulier. **Contre-indications à l'utilisation de KEAT® :** KEAT® ne doit pas être utilisé en cas de grossesse, port d'un pace maker, infections au niveau de la vessie ou du vagin ou tout symptôme lié à une infection (démangeaisons, douleur lors de la miction ou fièvre), anatomie rendant la mise en place de la sonde difficile ou impossible, hémorragies, cancer génito-urinaire, allergie au nickel. **Instruction d'utilisation de KEAT®.** Précautions d'emploi/entretien : En aucun cas KEAT® ne doit être utilisé par voie anale. L'ensemble de ces informations sont détaillées dans la notice d'instructions accompagnant KEAT®. **Garantie :** KEAT® est garanti 1 an dans les conditions normales d'utilisation selon les instructions données dans la notice. **Inscription LPPR :** n°1189270. Remb. Séc. Soc. à 65% sur la base LPPR (304,90 euros). **ACL :** 4669697. **KEAT® CE 0120.** **Matéiovigilance et information** N° vert (appel gratuit) : 0 800 509 509. **Fabricant :** AKONTIS – 8, avenue du Maine, 75015 Paris – France. **Distributeur :** Codépharma – 80-82, rue Gallieni, 92100 Boulogne-Billancourt – France.

SESSION DE TRAVAIL

CONTROVERSE

Histoire de couple : Sexe ou Amour ?

G. ABRAHAM, J. WAYNBERG

CONTROVERSE

Histoire du couple : sexe ou amour ?

Georges ABRAHAM

Psychiatre, psychanalyste
12 rue Krieg
01208 Genève - Suisse

Jacques WAYNBERG

Médecin sexologue, écrivain - Président de l'institut de sexologie
57 rue Charlot - 75003 Paris
waynberg@club.fr

La volonté de savoir lequel du sentiment amoureux ou de l'habilité érotique constitue le principal enjeu de l'histoire d'un couple débouche finalement sur une impasse tant que l'on ne parvient pas à répondre à la vraie question de cette controverse : *le couple est-il oui ou non un concept scientifique ?* Certes, l'analyse des motivations d'ordre affectif et inconscient est-elle déterminante pour expliquer qu'une rencontre entre deux étrangers mue à plus ou moins court terme en union domestique. Mais l'on peut tout aussi bien privilégier aujourd'hui l'étude des rituels érogènes pour tenter de comprendre comment s'organise cette jubilation dans la durée ou comment elle tourne mal... Ces deux lectures de l'intimité sont néanmoins trop simplistes pour convaincre : les couples ne sont pas des objets rationnels, non seulement parce qu'ils échappent à l'expérimentation, mais aussi parce que la chaîne des signifiants qui les érige en paradigme de la sociabilité est trop vaste pour être abrégée sur le mode binaire, même si ce dualisme entre *corps et langage* alimente à satiété depuis longtemps le mode de pensée des sociétés occidentales.

Il ne faut pas perdre de vue en effet que toutes les modalités possibles de *vivre ensemble* sont en réalité prédestinées à mettre en scène les sexes sous l'égide du corps social : partout et depuis toujours, la biographie des couples est codée par le régime politique qui les héberge. En ce qui nous concerne aujourd'hui, et malgré les appels récents à la mutinerie (de la déferlante pornographique aux niaiseries « glamour ») la transition démocratique n'a pas eu gain de cause sur l'emprise des croyances religieuses et des institutions qui les accréditent. Les mutations attendues dans la doctrine de la conjugalité ont échoué l'éclipse du « mariage homosexuel » en est l'exemple phare- et les attentes de congruence des droits civiques entre hommes et femmes n'ont été que partiellement satisfaites : au contraire, la vague libertaire n'a produit qu'une tension supplémentaire entre les individus et leurs édiles, parce que ses outrances médiatiques s'avèrent n'être que des vertiges éphémères, et surtout parce qu'elle ne concerne qu'une minorité de privilégiés. C'est ainsi que surgit un autre motif d'effroi pour le chercheur : le statut économique des partenaires aux divers épisodes de leur existence. Si « l'argent n'a pas d'idée » selon Jean-Paul Sartre, ni d'odeur comme l'empereur Vespasien le rappelle, il départage les corporations, calibre les hiérarchies sociales et punit les mésalliances... A ce stade, le couple est bel et bien l'otage de préjugés normatifs.

Dès lors, à quoi bon ouvrir un front de dispute intellectuelle au motif de savoir ce qui prédomine dans l'instauration, la durabilité et le deuil de son histoire ? Eh bien si. La seule précaution consiste à rappeler que la vie privée n'a de « privé » que son titre, et que ses fondations sont composées d'une trilogie indissociable : *l'Ame, la Chair et l'Etat*. C'est en reconnaissant la force de cette tripartition qu'il devient possible d'évoquer en clinique le rôle de l'amour et de la jouissance dans

une vie à deux, sachant désormais que l'exubérance de termes tels que *passion romantique* ou d'un slogan qui prescrit *d'interdire l'interdit* n'ont de fonction que littéraire... En pratique par contre, confrontés aux maux du couple, psychanalystes et sexologues n'ont d'autre planche de salut que le pragmatisme, emprunt d'une philosophie réaliste, capable de relativiser aussi bien les souffrances que les illusions. Selon les acquis professionnels c'est le canevas des protocoles de prise en charge qui varie, pas sa finalité : la controverse ne porte finalement que sur la chronologie, l'agencement, la répartition des valeurs qui caractérisent la sexualité humaine, et non leur principe. A cet égard, paraphrasant un trait du baron Paul Thiry d'Holbach (1773) à propos de l'argent précisément, la finalité de la cure n'est-elle pas de faire admettre aux patients que « le couple n'est que la représentation d'un *bonheur en puissance* ; il ne devient réel que pour ceux qui ont appris l'art d'en faire bon usage ».

RÉFÉRENCES

- ABRAHAM Georges & STRUCHEN Maud : *En quête de soi*, Editions de l'Harmattan, 2008.
- AGACINSKI Sylviane : *Politique des sexes*, Editions du Seuil, 1998.
- BOLOGNE Jean-Claude : *Histoire de la conquête amoureuse*, Editions du Seuil, 2007.
- CHABOUDEZ Gisèle : *Rapport sexuel et rapport des sexes*, Editions Denoël, 2004.
- GREEN André : *les chaînes d'Eros*, Editions Odile Jacob, 1997.
- MARION Jean-Luc : *Le phénomène érotique*, Editions Grasset, 2003.
- POMMIER Gérard : *L'ordre sexuel*, Editions Aubier, 1989.
- SCHNEIDER Michel : *La confusion des sexes*, Editions Flammarion, 2007.
- WAYNBERG Jacques : *Jouir, c'est aimer*, Editions Milan, 2004.

SESSION DE TRAVAIL

AUTOUR DE LA CONCEPTION :

Vie de femme, vie de couple

Modérateurs : C. CABANIS, J. CHAUMERON

- Contraception, stérilisation et désir sexuel : amis ou ennemis ?
P. LOPES
- Quand le désir d'enfant est là : quelle sexualité pour le couple ?
F. COLLIER
- La grossesse : un tsunami pour la sexualité du couple
P. LEUILLET
- Passer le cap de la ménopause
P. MARES

CONTRACEPTION, STÉRILISATION ET DÉSIR SEXUEL : AMIS OU ENNEMIS ?

Patrice LOPES

Professeur, chef de service de Gynécologie obstétrique
et Médecine de la reproduction.
CHU de Nantes
patrice.lopes@chu-nantes.fr

Dalila ALLAOUA, Tiphaine DABOUIS

"Le désir sexuel est un élan physique conscient qui pousse quelqu'un à l'acte ou au plaisir sexuel. C'est aspirer à avoir, à obtenir quelque chose; une envie de...". La sexualité, mue par le désir, est limitée par la conséquence procréative lorsque le désir d'enfant n'est pas présent. La contraception a permis une libéralisation de la sexualité en particulier féminine en dissociant l'acte sexuel de l'acte procréatif. Mais, les méthodes contraceptives qui sont multiples, sont-elles sans conséquences sur le désir ou le plaisir ?

Les questions se posent donc de savoir si la démarche contraceptive peut être délétère pour la sexualité du couple ? et dans ces conditions quelles sont les explications de ces effets indésirables et quelles sont les solutions à proposer ?

Nous analyserons les variations de la sexualité au cours du cycle menstruel non freiné par la contraception hormonale, pour ensuite analyser les données de la littérature concernant l'effet des contraceptions hormonales sur la libido et la sexualité du couple avant d'envisager les conséquences de la stérilisation humaine sur la sexualité à partir d'une étude faite au CHU de Nantes.

1/ Le désir sexuel peut être variable en fonction du cycle menstruel.

Les études de Wilcox ont montré une plus grande fréquence des rapports sexuels avant l'ovulation, cette augmentation est-elle liée à l'élévation de la testostérone avant le pic de LH, aux modifications des taux d'ocytocine (salonia A) ou à d'autres neuro-transmetteurs ? Cette interprétation est pour l'espèce humaine très discutable au regard des facteurs psycho-sociaux. Si l'analyse de la fréquence des rapports sexuels est faite en fonction de la semaine, cette fréquence est plus élevée les samedi-dimanche, jours où les couples sont le plus disponibles ! De plus, il est fort probable que les clefs de la compréhension du désir et du plaisir se trouvent dans le système nerveux central, ce cerveau où les régulations sont d'une complexité qui va au delà de la régulation hormonale.

2/ Les méthodes de contraception interfèrent avec la sexualité tant sur le désir que sur l'accomplissement de l'acte sexuel.

- Les méthodes naturelles comme le retrait sont souvent accompagnées pour le couple d'un sentiment de frustration et d'anxiété lié à l'interruption brutale du rapport sexuel et à l'insécurité de la méthode.
- Les méthodes dites "Barrière" comme le préservatif peuvent altérer la spontanéité et la qualité des perceptions sexuelles. Cependant, l'exigence contraceptive et la prévention des infections sexuellement transmissibles permettent en adhérant à ces mesures de prévention de mieux tolérer la méthode. Une dysfonction sexuelle peut par ailleurs être révélée par la méthode contraceptive comme l'accentuation de l'éjaculation précoce liée à la mise en place du préservatif.
- Le DIU au cuivre n'altère pas les variations hormonales et il peut actuellement être posé sur la nullipare. Le DIU au Lévonorgestrel modifie peu les variations hormonales ovariennes et en réduisant l'abondance des règles (aménorrhée chez 20 à 50% des femmes) permettent une sexualité plus fréquente. Dans une population de femmes finlandaises (Witting K 2008), le DIU au lévonorgestrel s'associait à une sexualité plus satisfaisante.

- La pilule contraceptive estro-progestative a permis la révolution sexuelle des années 68. La prise continue de la pilule estro-progestative permet de plus de retarder à souhait la menstruation par la prise continue d'une ou plusieurs plaquettes, allongeant les périodes sans règles et autorisant ainsi une sexualité programmée. La disparition de la peur d'une grossesse et la liberté que cela confère en terme de comportement sexuel explique en grande partie l'amélioration de la sexualité des couples. Toutes les études ne conduisent cependant pas aux mêmes conclusions. Davis AR a réalisé en 2004 une métaanalyse de 30 publications sur la contraception orale et la libido féminine. Les 17 études rétrospectives non contrôlées montrent qu'une majorité de femmes ont une augmentation de la libido. Dans 4 études prospectives non contrôlées, les pilules OP ont peu d'influence sur la libido. Dans les 4 études prospectives contrôlées avec cross over, ils observent des augmentations et des diminutions de la libido. C'est dire que la pilule à elle seule ne peut expliquer pour la majorité des femmes des perturbations du désir et du plaisir et qu'il faut devant une telle plainte reprendre tous les facteurs de dysfonctionnement de la sexualité du couple avant d'accuser la pilule. Cependant, les molécules composant les pilules peuvent avoir des effets biologiques différents et pourraient être de nature à modifier le vécu sexuel. Il n'y a pas d'études comparatives en terme de sexualité mais, Caruso a montré dans 2 études (non comparatives) que les pilules à la drospirénone s'accompagnent d'une amélioration du désir et du plaisir sexuel, alors qu'une pilule contenant 15 mcg d'EE et du gestodène diminuait le désir, l'excitation et le niveau d'activité sexuelle (Caruso S 2005; 2004).

Au total, si les pilules estro-progestatives ont été accusées fréquemment d'entraîner une diminution de la libido, on évalue cette diminution de la libido à 10% et seules 1 à 2% des femmes arrête cette méthode contraceptive pour altération de la qualité de vie sexuelle avec la pilule OP. Cette altération de la vie sexuelle est prédictrice de l'arrêt de cette méthode contraceptive (Sanders 2001). Dans l'étude de Davison SL en australie, les utilisatrices de la pilule OP ont significativement signalées une diminution des pensées sexuelles, l'intérêt pour la sexualité et une diminution du nombre de jours d'activité sexuelle par mois ($p < 0,05$). Les explications peuvent être hormonales avec non seulement l'inhibition du pic de testostérone pré-ovulatoire, mais également la chute des taux de testostérone totale et libre induit par les OP (lien avec le taux d'éthinyl estradiol pour Greco). Les effets des progestatifs ne sont pas à négliger : certains ont un effet androgénique (dérivés de la 19 Nor testostérone) ils ont un rôle central sur les neuro-transmetteurs, d'autres ont un effet anti-androgènes par action bloquante sur le récepteur androgénique : acétate de cyprotérone. Pour Greco, le score d'intérêt sexuel n'est pas modifié par la prise de la pilule OP chez les femmes de 18 à 30 ans. Les effets psychologiques de la pilule OP ne doivent pas être négligés : le désir inconscient d'avoir un enfant peut être une des première résistance psychologique à la contraception et s'exprimer par une diminution du désir et du plaisir. L'absence de désir de la femme ne peut plus se cacher derrière l'excuse du danger et de la peur de grossesse pour celle qui veut échapper aux rapports sexuels. Cela pourra être une explication psycho-somatique à l'augmentation des migraines sous pilule estro-progestative !

Martin-Loeches M rappelle fort justement que les variations du désir et du plaisir sexuel sont bien moins marqué par le type de contraception utilisé que par la qualité de la relation amoureuse avec le partenaire. Le désir diminue significativement avec une relation moyenne avec le compagnon ($OR=2,24$; 95%IC 1,36-3,69) voir plus marqué si cette relation est "pauvre" ($OR=4,69$; 95%IC 1,93-11,4).

Chaque méthode contraceptive doit donc faire l'objet d'une balance bénéfices-risques en intégrant non seulement les données médicales mais aussi psycho-sexuelles. La meilleure méthode contraceptive sera celle qui choisit par le couple intègre au mieux toutes ces données.

3/ La stérilisation humaine est autorisée par la loi du 4 juillet 2001. Il s'agit essentiellement de l'interruption mécanique de la lumière des déférents ou des trompes. Ces méthodes n'entraînent aucune interférence sur la fonction hormonale. Chez le femme, la méthode Essure (implants tubaires mis sous hystéroscopie) permet actuellement une stérilisation sans anesthésie. Nous avons au CHU de Nantes inclus, dans une étude par questionnaire sur la sexualité, 193 femmes stérilisées par la méthode Essure. Nous avons obtenu 86 réponses. 9 ont été exclus pour changements de partenaires

ou histoires particulières, 8 étaient toujours dans la période des 3 mois d'attente. 69 questionnaires ont été analysés. Pour ces patientes, 38% étaient sous pilule OP, 9% sous micro-progestatifs, 29% sous DIU, 15% utilisaient le préservatif, 6% n'avaient pas de méthodes contraceptives.

Résultats : Pour 56% des femmes, le nombre moyen de RS est resté stable, 34% ont noté une augmentation du nombre de RS et 10% une diminution. Le nombre moyen de rapports sexuels (RS) a augmenté de 6,8 à 8,2/mois. 68% des femmes ont eu un désir inchangé, 29% ont une augmentation du désir et 2,9% une baisse. 74% des femmes avant la stérilisation répondaient que le désir était important ou très important, après la stérilisation, elles sont 87% à exprimer ce désir important ou très important. A la question de la satisfaction sexuelle, 73,5% ont un degré de satisfaction identique, 19,1% ont une augmentation de la satisfaction et 7,3% une diminution. Les explications, données par les femmes, de l'amélioration de la sexualité sont la disparition de la crainte de grossesse, la libération de la contrainte contraceptive.

La contraception a permis la libéralisation de la sexualité des couples en dissociant la sexualité de la reproduction. Les méthodes de contraception étant nombreuses, le choix doit intégrer non seulement l'efficacité, la tolérance, l'observance, le coût mais également la qualité de vie et notamment, le bien être sexuel.

BIBLIOGRAPHIE

- CARUSO S, AGNELLO C, INTELISANO G, FARINA M, DI MARI L, CIANCI A. *Sexual behavior of women taking low-dose oral contraceptive containing 15 microg ethinylestradiol/60 microg gestodene*. Contraception. 2004 Mar;69(3):237-40
- CARUSO S, AGNELLO C, INTELISANO G, FARINA M, DI MARI L, SPARACINO L, CIANCI A. *Prospective study on sexual behavior of women using 30 microg ethinylestradiol and 3 mg drospirenone oral contraceptive*. Contraception. 2005 Jul;72(1):19-23
- DABOUI S T. *Evaluation de la sexualité féminine après stérilisation par le système Essure*. Mémoire du diplôme d'état de Sage-Femme. Université de Nantes 2007
- DAVIS AR, CASTANO PM. *Oral contraceptives and libido in women*. Annual Review of sex research 2004; 15:297-320
- DAVISON SL, BELL RJ, LACHINA M, HOLDEN SL, DAVIS SR. *Sexual function in well women: stratification by sexual satisfaction, hormone use, and menopause status*. J Sex Med. 2008 May;5(5):1214-22
- GRECO T, GRAHAM CA, BANCROFT J, TANNER A, DOLL HA. *The effects of oral contraceptives on androgen levels and their relevance to premenstrual mood and sexual interest: a comparison of two triphasic formulations containing norgestimate and either 35 or 25 microg of ethinyl estradiol*. Contraception. 2007 Jul;76(1):8-17.
- SALONIA A, NAPPI RE, PONTILLO M, DAVERIO R, SMERALDI A, BRIGANTI A, FABBRI F, ZANNI G, RIGATTI P, MONTORSI F. *Menstrual cycle-related changes in plasma oxytocin are relevant to normal sexual function in healthy women*. Horm Behav. 2005 Feb;47(2):164-9
- SANDERS SA, GRAHAM CA, BASS JL, BANCROFT J. *A prospective study of the effects of oral contraceptives on sexuality and well-being and their relationship to discontinuation*. Contraception. 2001 Jul;64(1):51-8
- WILCOX AJ, WEINBERG CR, BAIRD DD. *Timing of sexual intercourse in relation to ovulation. Effects on the probability of conception, survival of the pregnancy, and sex of the baby*. N Engl. J. Med 1995; 333(23): 1517-21
- WITTING K, SANTTILA P, JERN P, VARJONEN M, WAGER I, HÖGLUND M, JOHANSSON A, VIKSTRÖM N, SANDNABBA NK. *Evaluation of the female sexual function index in a population based sample from Finland*. Arch Sex Behav. 2008 Dec;37(6):912-24

QUAND LE DÉSIR D'ENFANT EST LÀ : QUELLE SEXUALITÉ POUR LE COUPLE ?

Francis COLLIER

Gynécologue- sexologue
Hôpital Jeanne de Flandre, CHRU, Lille
mj-phin@chru-lille.fr

Objectifs : ce travail vise à faire le point des connaissances sur l'évolution de la sexualité du couple dès lors que la grossesse souhaitée n'est pas obtenue spontanément, et qu'une prise en charge spécifique de l'infertilité est réalisée.

Méthodologie : une revue de la littérature récente a été effectuée et ses résultats ont été mis en parallèle avec les observations habituellement décrites sur le sujet, et celles de l'auteur, responsable de 1983 à 1999 d'un centre d'assistance médicale à la procréation (AMP).

Résultats et discussion :

Dès 1987, CZYBA (1) observait que 93% des couples hypofertiles en cours de traitement diminuaient la fréquence de leurs relations sexuelles. Une femme sur cinq avouait même refuser tout rapport en dehors de la période ovulatoire, considérant que le désir de grossesse constituait sa seule motivation à l'accepter.

La littérature présente en général l'infertilité comme une expérience délétère pour la sexualité aussi bien féminine que masculine, même si les répercussions ne sont pas identiques d'un sexe à l'autre (2), avec des conséquences sur la dynamique du couple. En revanche, les travaux concernant la satisfaction vis à vis de la relation de couple et son intimité donnent des résultats plus contradictoires.

Une récente étude française, réalisée avec des couples pris en charge dans un centre d'AMP (3), a permis de démontrer que les partenaires conservent une bonne entente de couple et se soutiennent mutuellement, ce qui avait déjà été mis en évidence (4). En revanche, alors que le plaisir éprouvé par les couples lors des rapports sexuels est peu altéré, un grand nombre d'entre eux décrit une réduction du désir.

Les mécanismes par lesquels la sexualité peut être altérée sont certainement multiples :

- Les hommes pour lesquels l'infertilité représente une source de diminution de l'estime de soi, voire une véritable menace pour la virilité, ne sont pas rares. Les sentiments d'anxiété, d'infériorité, de honte, de culpabilité, voire de dépression sont classiques (5-7). La prise en charge médicale vient par ailleurs ajouter une dimension surréaliste à la vie sexuelle (8), délais d'abstinence à respecter, rapports programmés, recueil du sperme par masturbation dans des conditions « médicalisées ». Comment s'étonner dès lors de la survenue de troubles du désir, de l'érection, de l'éjaculation, voire d'une inhibition totale (9).

- Pour les femmes, l'impact sur l'estime de soi est plus important encore (10), et de nombreux sentiments négatifs sont volontiers exprimés lors des consultations. Le désir de grossesse devient vite obsessionnel et le rapport perd son intérêt hédoniste pour n'être plus qu'un moyen d'accéder à un but unique, la procréation. Classiquement, l'incidence de la dépression est plus élevée chez les femmes infertiles que dans la population générale (11,12), mais cette notion a récemment été remise en question (13).

- Dans une étude américaine (14,15), à partir de questionnaires remplis par des couples infertiles, mais sans groupe témoin, un peu plus de 20% des hommes et 30% des femmes concernés

présentent un état dépressif. 22% des hommes présentent une dysfonction érectile, et 26% des femmes ont de très mauvais scores au FSFI, dans les domaines du désir, de l'excitation, de l'orgasme et de la satisfaction. La qualité de la fonction sexuelle de l'un est toujours le principal facteur déterminant de la fonction sexuelle de l'autre.

- Les couples évoquent volontiers que les rapports obligés à une période donnée ont un rôle néfaste plus important que le médecin ne le pense généralement. Pour la femme, ils se déroulent sans autre désir que celui d'être enceinte, et pour l'homme, la perception de cette absence de véritable désir féminin est rapidement inhibante.

- Les réactions de l'un ou de l'autre pour effacer, nier ce qui est trop difficile à s'avouer, par un syndrome dépressif ou une hyperactivité professionnelle, sportive, associative, etc., accentuent souvent la baisse de désir. Il en va de même de l'attitude du « fertile » vis à vis de celui qui est considéré comme « responsable » de l'infertilité, attitude qui peut aller de la surprotection au véritable conflit.

- Tout ces éléments dépendent évidemment du contexte psychologique de chacun, mais aussi de l'environnement culturel et familial, de l'importance symbolique de la reproduction dans le vécu de la virilité et de la féminité, de l'ancienneté de la relation du couple. L'influence de la culture est illustrée par quelques publications récentes. Ainsi, les dysfonctions sexuelles féminines induites par l'infertilité seraient très fréquentes au Nigeria (16), mais leur incidence ne semble pas vraiment plus importante que dans la population générale en Iran ou en Inde (17,18). Chez les hommes iraniens, la réduction du désir sexuel est notée dans plus de 40% des cas, et celle de la satisfaction sexuelle dans plus de 50% des cas (19).

- Le rôle de la durée de l'infertilité est apparemment démontré. La diminution de l'activité sexuelle s'aggrave quand croît le nombre d'années d'infertilité (20). Mais apparaît aujourd'hui une notion qui confirme l'impression subjective de beaucoup de cliniciens. Une première phase serait sans conséquence majeure sur la sexualité lorsque les couples sont motivés et très confiants envers la médecine, voire soulagés d'avoir confié à celle-ci le poids du management de l'infertilité. Une seconde phase serait beaucoup plus délétère, car le doute s'installe, l'espoir s'éteint. Enfin, lors d'une troisième phase, la résignation peut permettre d'évacuer le stress de l'AMP, de retrouver d'autres buts et de recréer une harmonie sexuelle (3).

- Classiquement, lorsque l'infertilité est liée à un problème spermatique, le vécu du diagnostic et de la prise en charge est plus difficile (4). C'est là que les troubles de l'érection, de l'éjaculation ou les perturbations de la communication conjugales seraient les plus fréquents. En fait, dans l'étude strasbourgeoise (3), il n'a pas été retrouvé plus d'insatisfaction sexuelle des couples que l'infertilité soit masculine, féminine, mixte ou idiopathique.

- Quelles que soient les conséquences de l'infertilité sur la sexualité, l'impression clinique, confirmée par de rares études statistiques (21) reste que la qualité de vie des hommes est globalement assez peu altérée, en tous cas moins altérée que celle des femmes, sans doute parce que leur bien-être semble passer moins impérativement par le désir d'enfant.

Quelles « recommandations » pour les praticiens ?

- Les gynécologues sont consultés de plus en plus tôt après l'arrêt de la contraception, par des couples qui viennent chercher une aide technique susceptible d'accélérer l'obtention de la maternité. Dans leur discours, il n'est quasiment jamais fait allusion au vécu de la sexualité et de l'intimité. Pour la plupart des spécialistes de la reproduction, il apparaît inquisiteur de questionner les couples sur leur sexualité ou les racines de leur désir d'enfant. Pour les sexologues, c'est parfois aussi faire preuve d'une négligence facile et coupable que d'éluder le problème.

Au total, le désir est double : d'une part, ne pas faire subir au couple un véritable examen de passage psychologique au cours duquel, sous prétexte que l'enfant n'est pas venu dans un délai souhaité, il devrait prouver la véracité de son désir et dévoiler les secrets de son intimité... ; d'autre part, éviter de passer à côté d'un conflit de couple, d'une inégalité dans le désir d'enfant ou d'une difficulté

sexuelle, comme les dysfonctions érectiles occasionnelles qui surviennent toujours, comme par hasard, en période ovulatoire...

Sans doute est il souvent possible d'aborder cette intimité a minima, de manière non invasive, et offrir ainsi au couple l'opportunité de revenir sur le sujet, si et quand il le souhaite.

- L'infertilité fait de plus en plus peur et fréquentes sont les jeunes femmes qui, par avance, avant toute tentative de grossesse, se vivent stériles. Elles consultent quelques mois après l'arrêt de la contraception parce qu'elles savaient bien qu'elles étaient stériles. Quelles que soient les considérations statistiques sur la fertilité humaine, une telle demande ne doit pas être négligée sous prétexte qu'un certain temps d'exposition n'est pas atteint, car l'angoisse profonde, viscérale, de cette femme, de ce couple est souvent majeure et génératrice de difficultés sexuelles.

- Les explorations réalisées ne sont pas étrangères à la déstabilisation du couple, par leur caractère rituel, artificiel, invasif ou angoissant. Parler de ces examens, en justifier la raison, l'intérêt, les objectifs, évoquer leurs contraintes, leurs inconvénients, permettra de les démystifier et d'en limiter les conséquences néfastes.

- La prise en compte de ces éléments permet d'aborder quelques pistes qui peuvent améliorer le vécu de la prise en charge de ces couples :

- Essayer d'instaurer, avec elle et avec lui, un véritable dialogue, grâce à la dose de pudeur que le praticien gardera dans l'indiscrétion, la distance qu'il maintiendra dans l'empathie. Ils ont besoin d'être écoutés, rassurés, conseillés.

- Ne pas négliger la clinique, notamment masculine. En commentant cet examen, ce n'est pas seulement l'appareil reproducteur mais plus globalement l'appareil sexuel qu'on « normalise » (22).

- Tenter de faire suffisamment vite sans faire trop vite. Le couple souhaite être éclairé rapidement mais a besoin de temps pour respirer, vivre, s'adapter.

- Adapter notre attitude et notre langage qui peuvent peser lourds, risquent de blesser et de laisser des traces sur la représentation corporelle, quand les spermatozoïdes sont décrits comme paresseux et mal formés, l'utérus étriqué ou l'ovulation nulle...

- Répéter que leur vie intime doit rester une fin en soi et non pas seulement un moyen de procréation. Le traitement devient une préoccupation obsessionnelle, et dans cette attitude narcissique de défense, la femme en vient même parfois à se retirer à l'intérieur de son propre corps, car son terrain le plus intime, son sexe, est devenu le champ d'interventions médicales très spécialisées. L'homme, souvent mis à l'écart et ainsi frustré, dépossédé de son statut de géniteur, en est lui réduit à la crainte de ne pas avoir un sperme « à la hauteur » le jour J.

Au stade de l'AMP

Comment gérer une activité sexuelle passée de l'improductif au contrôlé par la médecine, puis au sans intérêt, à l'inutile, voire au gênant.

« Il ne me désire plus, mon corps est malade, incapable, elle ne me désire plus, sauf de façon utilitaire, comme fournisseur. Nous ne savons plus faire l'amour et ne savons pas faire un enfant. »

A l'extrême, deux hypothèses peuvent être imaginées : d'une part un couple en crise, en pleine « dépression » sexuelle, que l'AMP, même si elle est efficace, ne va pas forcément guérir pour autant..., d'autre part un couple qui a fait un certain deuil et retrouvé ainsi une nouvelle dimension psychosexuelle, équilibre qui risque d'être remis une nouvelle fois en question par l'AMP...

Sans aller jusqu'à ces extrêmes, il reste que cette dimension sexologique mérite certainement d'être davantage prise en considération. Or, le plus souvent, elle n'est pas abordée, sauf peut être dans les cas où elle s'impose d'elle-même, devant un vaginisme, une dysfonction érectile majeure ou une anéjaculation par exemples. Pour le reste, tout se passe comme s'il existait une sorte d'accord tacite entre le médecin et le couple, pour que l'on évite de parler autrement des appareils génitaux que par le biais des dates d'ovulation et des nombre de spermatozoïdes...

Après la fin de la prise en charge de l'infertilité

En 2007, une équipe finlandaise a comparé des couples qui ont eu un enfant après FIV ou ICSI, à des témoins dont la grossesse était spontanée (23). Aucune différence entre les 2 groupes n'a été notée pour ce qui est de la satisfaction vis à vis de la relation, de la cohésion conjugale. C'est dans le groupe témoin qu'il y a le plus de dépressions de la grossesse et de détériorations de la cohésion du couple dans l'année qui suit l'accouchement. Pour les femmes qui sont passées par l'AMP, la répétition des échecs préalables est corrélée à une bonne cohésion du couple, mais les avortements spontanés et les grossesses multiples semblent associées à une moins bonne satisfaction vis à vis de la relation conjugale. Pour les hommes, c'est l'importance de la durée de l'infertilité et la multiparité qui sont délétères.

En cas d'échec de l'AMP, la littérature est pauvre. Une équipe suédoise (24), sur une petite série de 14 femmes interrogées 20 ans après une chirurgie tubaire a simplement confirmé une notion classique : l'absence d'enfant a eu un impact très fort sur la vie de la totalité de ces femmes. La moitié d'entre elles étaient séparées et presque toutes jugeaient que leur vie sexuelle avait été négativement affectée. Au bout du parcours qu'est la prise en charge de l'infertilité, sans doute serait-il donc intéressant aussi que l'accompagnement médical, en cas d'échec, serve à accompagner le deuil de la fertilité.

La prise en charge de l'infécondité n'est cependant pas forcément l'ennemi du couple, et, s'il est assez structuré ou faut-il dire uni, si sa communication est suffisamment intense, le couple perdurera voire se consolidera.

Les sexologues ne peuvent qu'être interpellés !

Les gigantesques progrès réalisés dans la connaissance de la biologie de la reproduction depuis une trentaine d'années ont permis de vaincre des infertilités autrefois insurmontables, mais ont accentué les conséquences du clivage sexualité/fertilité déjà initié par la vulgarisation de la contraception et qui pourrait devenir une séparation pure et simple, de par une certaine compétence scientifique.

- Que penser des taux de grossesse par cycle bien meilleurs grâce à une éprouvette que naturellement ?
- L'imaginaire individuel et social, gonflé par des médias avides de sensationnel, ne s'est il pas déjà emparé de l'évolution technique pour en faire une revendication légitime, un droit, celui de préférer l'AMP à l'acte sexuel ? L'union non consommée devrait elle échapper au domaine du sexologue pour être n'avoir comme solution que le recours à une seringue ? Quelle est la hiérarchie des priorités thérapeutiques ?
- Est-il encore bien utile d'être un homme et une femme pour faire un enfant ?

CONCLUSIONS

Les questions posées par l'accentuation du clivage sexualité/fertilité qu'ont amené les progrès réalisés récemment par la médecine de la reproduction sont nombreuses. Elles amèneront probablement à l'avenir une réflexion éthique et sociale plus profonde. Il reste qu'au quotidien l'association des problèmes sexologiques aux difficile vécu de l'infertilité par la majorité des couples est une préoccupation importante. Une meilleure collaboration entre les praticiens spécialisés dans la reproduction d'une part, les acteurs impliqués dans la Sexologie et la Santé Sexuelle d'autre part, permettrait sans aucun doute aux couples de conserver une meilleure qualité de sexualité et de vie, et probablement aussi d'améliorer la qualité et les résultats de la prise en charge de l'infertilité.

BIBLIOGRAPHIE

1. CZYBA J. *La sexualité du couple stérile*. In Acquisitions récentes en sexologie clinique, Médecine et Hygiène Ed, Genève, 1987
2. COËFFIN-DRIOL C, GIAMI A. *L'impact de l'infertilité et de ses traitements sur la vie sexuelle et la relation de couple : revue de la littérature*. Gynecol Obstet Fertil, 2004, 32, 624-37
3. OHL J, REDER F, FERNANDEZ A, BETTAHAR-LEBUGLE K, RONGIÈRES C, NISAND I. *Impact de l'infertilité et de l'Assistance médicale à la procréation sur la sexualité*, Gynecol Obstet Fertil, 2009, 37, 25-32
4. CONNOLLY KJ, EDELMANN RJ, COOKE ID, ROBSON J. *The impact of infertility on psychological functioning*. J Psychosom Res, 1992, 36, 459-66
5. SANDLOW JI. *Shattering the myths about male infertility. Treatment of male factors may be more successful and cost-effective than you think*. Postgrad Med, 2000, 107, 235-9
6. COLLIER F. *Infertilité : les questions masculines*. Sexologies, 2001, 36, 5-10
7. IRVINE SCE. *Male infertility and its effect on male sexuality*. J. Sex Marit Ther, 1996, 11, 273
8. GRANET P. *Intimité et Procréations médicalement assistées*. Reprod Hum et Horm, 1990, 3, 255-9
9. CHEVRET-MEASSON M. *Désir d'enfant et sexualité*. Prat Psychol, 1999, 4, 51-5
10. ANDERSON KM, SHARPE M, RATTRAY A, IRVINE DS. *Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic*. J Psychosom Res, 2003, 54, 353-5
11. DOMAR AD, BROOME A, ZUTTERMEISTER PC, SEIBEL M. *The prevalence and predictability of depression in infertile women*. Fertil Steril, 1992, 58, 1158-63
12. ODDENS BJ, DEN TONKELAAR I, NIEUWENHUYSE H. *Psychosocial experiences in women facing fertility problems – A comparative survey*. Hum Reprod, 1999, 14, 255-61
13. BRASILE D, KATSOFF B, CHECK JH. *Moderate or severe depression is uncommon in women seeking infertility therapy according to the beck depression inventory*. Clin Exp Obstet Gynecol, 2006, 33, 16-8
14. SHINDEL AW, NELSON CJ, NAUGHTON CK, OHEBSHALOM M, MULHALL JP. *Sexual function and quality of life in the male partner of infertile couples : prevalence and correlates of dysfunction*. J Urol, 2008, 179, 1056-9
15. NELSON CJ, SHINDEL AW, NAUGHTON CK, OHEBSHALOM M, MULHALL JP. *Prevalence and predictors of sexual problems, relationship stress, and depression in female partners of infertile couples*. J Sex Med, 2008, 5, 1907-14
16. AUDU BM. *Sexual dysfunction among infertile Nigerian women*. J Obstet Gynaecol, 2002, 22, 655-7
17. KHADEMI A, ALLEYASSIN A, AMINI M, GHAEMI M. *Evaluation of sexual dysfunction prevalence in infertile couples*. J Sex Med, 2008, 5, 0402-10
18. JAIN K, RADHAKRISHNAN G, AGRAWAL P. *Infertility and psychosexual disorders : Relationship in infertile couples*. Indian J Med Sci, 2000, 54, 1-7
19. RAMEZANZADEH F, AGHSSA MM, JAFARABADI M, ZAYERI F. *Alterations of sexual desire and satisfaction in male partners of infertile couples*. Fertil Steril, 2006, 85, 139-43
20. NENE UA, COYAJI K, APTE H. *Infertility : a label of choice in the case of sexually dysfunctional couples*. Patient Educ Couns, 2005, 59, 234
21. MONGA M, ALEXANDRESCU B, KATZ SE, STEIN M, GANIATS T. *Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function*. Urology, 2004, 63, 126-30

22. MIMOUN S. *Les multiples interactions entre l'infertilité et la sexualité*. Contracept Fertil Sex, 1993, 21, 251-4
23. REPOKARI L, PUNAMÄKI RL, UNKILA-KALLIO L, POIKKEUS P, SINKKONEN J, ALMQVIST F, TIITINEN A, TULPPALA M. *Infertility treatment and marital relationships : a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls*. Hum Reprod, 2007, 22, 1481-91
24. WIRTBERG I, MÖLLER A, HOGSTRÖM L, TRONSTAD SE, LALOS A. *Life 20 years after unsuccessful infertility treatment*. Hum Reprod, 2007, 22, 598-604

LA GROSSESSE : UN TSUNAMI POUR LA SEXUALITÉ DU COUPLE

Patrick LEUILLET

Gynécologue, sexologue, sexothérapeute
Patricien hospitalier, Centre de Gynécologie-Obstétrique du CHU d'Amiens,
Directeur d'enseignement du DIU de Sexologie d'Amiens
17, rue de la République, 80000 Amiens
dr.leuillet@orange.fr

« Les mystères qui entourent la sexualité de la femme enceinte restent impénétrables » (12)

Devenir mère est une virtualité qui fait partie intégrante du destin à la fois biologique et social de la femme. On peut parler de « disposition naturelle » de la femme à la maternité. Elle est souvent décrite comme un prolongement indispensable de la féminité. Mais attention, la maternité est aussi l'expression de la nécessité de la reproduction. C'est une nécessité sociale. Tout est fait pour promouvoir la bonne santé de la mère et celle du futur enfant, ne serait-ce que par la prise en charge actuelle très médicalisée de la grossesse. Tout est fait pour préparer la femme à accepter une grossesse socialement enviable.

Quand on envisage de parler de la sexualité de la femme enceinte, il convient de se rappeler les travaux de Masters et Johnson (8) qui ont mis en évidence que « *la parité et le trimestre influent sur les réactions sexuelles de la grossesse* » dans le sens d'une diminution de l'activité sexuelle au premier trimestre, augmentation au deuxième et diminution au troisième. On retrouve les mêmes constatations, classiquement admises, chez bien d'autres auteurs notamment Gérard Leleu (5) et Jean Gondonneau (4).

L'Ecole de Genève avec Willy Pasini (9) ne retrouve pas les mêmes résultats que Masters et Johnson sans les contredire pour autant. Par contre, Pasini insiste sur l'importance « *des réactions psychologiques vis-à-vis de la grossesse, classées comme positives ou négatives selon qu'il y ait ou non anxiété, refus ou acceptation de la grossesse, concentration sur le but de la reproduction et annulation de la sexualité ...* » (9).

Selon Marc Ganem (3) et (7), même si chaque couple a sa propre spécificité, dans l'ensemble, il existe un fil conducteur en ce qui concerne la sexualité de la grossesse qui passe par quatre phases :

- De la conception à deux mois et 1/2 (douzième semaine), marquée par une diminution des rapports due à une diminution du désir
- De deux mois et 1/2 jusqu'au début du huitième mois (trente-deuxième semaine) période où les couples vivent et intègrent le mieux leur sexualité
- Le huitième mois de grossesse, tournant dans la vie sexuelle des couples avec souvent une baisse de l'activité sexuelle
- Le neuvième mois, le mois qui précède l'accouchement avec une quasi-absence de relations sexuelles.

Bonierbale et collaborateurs, par ailleurs, insistent sur l'importance de la personnalité de la femme afin d'obtenir une bonne appréciation de la signification psychodynamique de la sexualité de la grossesse. D'autres auteurs, cités par Bonierbale et collaborateurs (2), tels Roberto Russo et Adèle Bologni de Rome (1), ont également rapportés l'incidence des facteurs psychopathologiques en insistant notamment sur les peurs imaginaires de la femme et du partenaire, qu'elles soient centrées sur l'enfant ou focalisées sur l'image du corps.

Enfin, Bonierbale et collaborateurs, insistant sur l'importance de la psychologie de la femme enceinte, dégagent trois problématiques pouvant interférer sur la sexualité :

- 1) Celle de « *la grossesse en tant que phénomène visible dont l'évidence et le caractère primordial occulte tout autre type de communication.* »
- 2) Celle de « *l'enfant à venir et la place qui lui est accordée dans le désir de la future mère et du couple parental.* »
- 3) Celle « *qu'à la femme de pouvoir se situer d'une part par rapport à sa propre mère en lui devenant semblable, d'autre part en qualité de mère par rapport à son partenaire pour qui le fait d'avoir des rapports sexuels avec une mère peut n'être pas dénué de signification.* »

Pour être complet, la maternité ou plus précisément, le moment de passage vers la maternité ou « maternalité », est une phase importante du développement psychoaffectif de la femme. On peut même parler de « crise », crise d'identité semblable à celle de l'adolescence, décrite magnifiquement par Claude Revault d'Allonnes (10), notamment l'impact de la grossesse sur l'image du corps expliquant ainsi toutes les attitudes qu'il faut mettre en relation avec l'histoire personnelle de chaque femme « *qui vient imprimer sa marque particulière sur la trame commune que dessine le déroulement de la grossesse* », attitudes qui « *peuvent aller de la mise entre parenthèses silencieuses au vécu triomphal exprimant la complétude, en passant par l'efflorescence symptomatologique, marque d'ambivalence* ».

De plus, ces attitudes, dépendantes de la structure de la personnalité de la femme peuvent varier selon le moment particulier de la grossesse, ce qui peut expliquer d'une part, les résultats des différents travaux pré-cités et d'autre part, l'extrême variabilité des constatations cliniques dans la pratique sexologique.

Au total, pendant la grossesse, la sexualité de la femme « *subit d'importantes variations individuelles, perceptibles dès les premiers mois de la gestation allant d'une franche exacerbation du désir et des activités sexuelles coïtales et masturbatoires ... à une perte rapide et catégorique de tout rapport sexuel* » (11). En fait, tout peut se voir : « *Tout est possible* »(5) (12). Comme le dit Jacques Waynberg : « *Habituellement, le couple négocie un compromis entre la fréquence des rapports qui peut rester régulière et leur succès, qui est délibérément amoindri* » et ceci dans l'intérêt de l'enfant à naître. « *Habituellement, le sacrifice de la sexualité est contractuel dans l'intérêt global de la gestation en cours* » (11).

Ceci dit, pendant la grossesse, la femme consulte peu pour parler de sa sexualité et notamment des éventuelles difficultés rencontrées même si elles existaient antérieurement. Tout au plus, si des problèmes existent, ils sont énoncés rapidement à l'occasion de visites de routine. Le plus souvent, son esprit est ailleurs.

L'abstention thérapeutique est de rigueur mais pas l'absence de conseils.

En pratique, pendant la grossesse :

- 1) Ne pas prescrire d'abstinence sexuelle prolongée sans motif réel médical (fausses couches à répétitions en début de grossesse, menaces sévères d'accouchement prématuré).
- 2) Initier et inviter la femme à une prise de conscience plus spécifique de son corps dans la prévention des dyspareunies secondaires à une épisiotomie.
- 3) Ne pas se contenter d'une explication théorique mais inciter la femme à une exploration personnelle visuelle ou tactile de ses organes génitaux.
- 4) Surtout, laisser libre cours à la parole, au travers des entretiens pour mieux être à l'écoute de ce que vit réellement la femme dans sa tête et dans son corps notamment au niveau du désir afin de préserver la cohésion du couple.

En pratique, il faut surtout dédramatiser et sécuriser.

- 1) Il faut aider le couple à formuler ses préjugés, verbaliser son anxiété, notamment dès l'apparition des premiers mouvements fœtaux qui représentent un moment charnière de la relation mère-enfant permettant le clivage de l'ambivalence de la femme vers une orientation positive (acceptation)

ou négative (rejet) du processus de maternalité et qui, le plus souvent, font date dans la diminution spontanée de l'activité sexuelle.

- 2) Il faut également aider le couple à respecter l'évolution du désir de chacun car l'abstinence est parfois renforcée par le futur père qui peut révéler une réactivation d'angoisse névrotique voire une participation aux « peurs maternelles » de sa compagne. Enfin, il faut savoir différer après l'accouchement la mise en ordre des problèmes actuels, la grossesse faisant le plus souvent obstacle à la mobilisation de toutes les potentialités au niveau de la fonction érotique. Dans cette écoute des problèmes sexuels liés à la grossesse, les 2 protagonistes doivent être entendus car les 2 sont, bien évidemment, concernés.

Ceci dit, souvent et, en dépit de l'agitation qui règne autour de l'événement de la grossesse, (agitation du mari, de la famille, des amis, des collègues de travail et, on pourrait même y ajouter, l'équipe médicale), en dépit donc de cette agitation, la femme le plus souvent vit solitairement sa grossesse et doit gérer elle-même son inquiétude.

Cette inquiétude est diverse. Sans mésestimer l'importance du vécu d'une grossesse désirée ou non, c'est surtout la peur de l'enfant anormal, la peur de l'accouchement. La peur de la femme devant l'accouchement est de nature, on pourrait dire « magique ». « *Elle est le fruit d'une véritable imprégnation de son esprit par les tabous et les mythes ...* », véritable intoxication, « *... entretenue par toute une tradition écrite et orale* » (4). Le « *Tu enfanteras dans la douleur* » est omniprésent pour certaines femmes. Ce mythe de la douleur pendant l'accouchement peut être à l'origine d'éventuelles difficultés sexuelles secondaires même parfois bien à distance et tout ceci en résonance au respect ou non de ce mythe bien ancré dans l'inconscient collectif féminin.

Ceci dit, si l'obstétrique moderne est censée réaliser un accouchement dans les meilleures conditions de sécurité, on peut se demander si celle n'a pas comme lacune de trop méconnaître, de trop sous-estimer ces diverses résonances et, par la même, de ne pas rassurer suffisamment la femme enceinte. Celle-ci peut se sentir tiraillée entre 2 pouvoirs qui, en s'opposant, ne laissent que peu de place à une initiative personnelle et qui, de plus, la maintiennent dans une inquiétude pesante voire angoissante. Ceci dit, la préparation psycho-prophylactique à l'accouchement représente une aide précieuse pour la femme pour la soustraire de son isolement et lui permettre d'être active et non plus passive, face à un événement aussi important dans la vie d'une femme que représente la maternité.

Par ailleurs, l'accouchement apparaît comme une expérience de séparation corporelle, de rupture : « *Il lui faut faire un deuil de l'enfant à l'intérieur d'elle-même, pour le retrouver en dehors d'elle-même* » (10). La femme va donc devoir faire face à deux courants (toujours cette notion d'ambivalence) : « *un négatif de « perte » lié à l'identification à l'enfant, et un positif « d'achèvement réussi », qui va mener à la relation directe avec l'enfant. La naissance est double : régression et identification de la femme à sa mère, celle qui lui a donné naissance, et naissance de la mère de son propre enfant...* » (2).

Enfin, il n'est pas inutile de rappeler que par la naissance, le bébé expérimente la mort comme la femme se remémore inconsciemment ce qu'elle a vécu elle-même en naissant de sa mère. De plus, la naissance est unique. Elle prend sens pour s'inscrire dans une trajectoire de vie qui se terminera, d'ailleurs un jour par la mort. Il me paraît essentiel d'avoir à l'esprit, toutes ces notions symboliques, dans la prise en charge médicalisée de l'accouchement, afin de ne pas « déposséder » la mère mais aussi le père et le bébé de leur capacité à « faire naître » ou « à naître ». Le danger de la prise en charge de l'accouchement qui ne devient que purement technique en oubliant le caractère physiologique de la naissance, c'est que l'on risque de placer notamment la mère en état d'incompétence ce qui peut pénaliser réellement la femme dans l'image de soi avec parfois de réelles retombées négatives à distance notamment dans son intimité et sa sexualité.

Faisant suite à l'accouchement, la période du post-partum est une période tout particulièrement sensible et périlleuse sur le plan sexuel. Pour Jacques Waynberg, « *le post-partum représente*

un cruel retour à la réalité quotidienne » (11). Par ailleurs, « les trois à douze premières semaines suivant l'accouchement représentent un véritable « passage à vide » sexuel dont les racines sont doubles : le préjudice corporel de la maternité, d'une part, la déstabilisation psychologique plus ou moins spécifique du post-partum, de l'autre » (11), le tout entravant le plaisir érotique.

En pratique, on peut conseiller, éventuellement, une contraception orale précoce et adaptée, surtout chez les femmes habituellement très concernées, très demanderesses. Ceci paraît important car jusqu'au retour de couches, il y a toujours une atrophie profonde vaginale, ce qui peut expliquer, certaines douleurs liées à l'épisiotomie, le caractère pénible douloureux du coït et les difficultés à l'usage éventuel du préservatif. Ceci dit, entre la 6^{ème} et la 8^{ème} semaine, 60 % des accouchées seulement ont repris une activité sexuelle et la prise précoce de la pilule ne change rien à cette « franchise » de presque 2 mois.

Ce « temps mort », comme le nomment les démographes, peut parfois être plus long jusqu'à un an ce qui n'est pas synonyme de dysfonction sexuelle avérée. Psychologiquement, il correspond très probablement au temps nécessaire à toute femme récemment accouchée, essentiellement « femme-mère », plus ou moins fusionnelle avec son enfant, pour faire le « deuil » de la maternité, afin de lui permettre de redevenir une « femme-femme » donc potentiellement « femme-maîtresse ». Ce « temps mort » se doit d'être respecté dans l'écoute attentive des vraies aspirations de la femme ce qui nécessite pour le couple de savoir modifier son répertoire gestuel, c'est-à-dire sans la notion de « devoir conjugal » notamment coïtal, afin qu'il ne puisse y avoir d'influence néfaste sur la sexualité ultérieure et la cohésion du couple.

Avant de conclure, il n'est pas inutile de rappeler que certaines sociétés, plus naïves en apparence que la nôtre, bien moins sauvages en fait que la nôtre, considèrent la femme enceinte comme « taboue », c'est-à-dire « sacrée » : on ne la touchera plus. Dans ces sociétés primitives, la question sexuelle ne se pose plus. Il ne peut plus y avoir de pollution. Il faut insister sur cette notion de pollution. Sexualité et grossesse : c'est une question de « pollution ». On ne va donc pas polluer : le fœtus, l'enfant et tout ce que ça représente dans ces sociétés antérieures à la nôtre.

Ceci dit, qu'on le veuille ou non, il existe un inconscient collectif : on est tous branchés à peu près sur les mêmes repères. Dans nos sociétés occidentales, où on a perdu le sens des tabous, l'inquiétude de cette pollution est malgré tout, présente dans toutes les consciences, même si personne ne la formule, ne la verbalise vraiment. Certaines idées reçues, bien connues, ne sont, en fait, que des résonances de cette notion de tabou : les mouvements coïtaux qui risquent de décrocher le fœtus ; les dangers d'infection qui mettent en péril la santé du fœtus et de la femme, etc.

Enfin, dans notre culture qui a perdu, malgré tout, le sens initiatique de la maternité, la femme enceinte est niée, c'est-à-dire, il va falloir continuer comme avant : travailler, s'occuper de la maison, s'occuper des autres enfants, faire du sport et en plus ... faire l'amour. Il va falloir tout faire comme si la grossesse n'existait pas.

Tout ceci débouche sur 2 conclusions plus concrètes : c'est la femme qui décide ou qui devrait décider et seuls les couples très solidaires pourront exploiter le caractère exceptionnel de cette période.

En premier lieu, c'est la femme qui décide ou qui devrait décider et c'est elle qu'il faut aider, en priorité, pour y voir clair dans ses besoins réels. Là, le clinicien a certainement un rôle de premier plan dans la prévention de certaines dysfonctions sexuelles liées à la gravido-puerpéralité, en expliquant à la femme d'être surtout à l'écoute de ses vraies aspirations.

Deuxième conclusion concrète, seuls les couples très solidaires pourront exploiter le caractère exceptionnel de cette période que représente la grossesse au sein du couple et vont pouvoir aller plus loin, c'est-à-dire, plus loin dans le bonheur.

La grossesse permet de révéler si la sexualité est un mode de communication habituel au sein du couple. En fait, la grossesse est un « démultiplicateur » : ça démultiplie le bonheur ou ça

démultiplie la mésentente. La maternité représente un « dynamitage du système couple ». C'est presque un test. La maternité est souvent un élément révélateur de la fonction érotique du couple et notamment de la fonction érotique de la femme. La grossesse est un tsunami pour la sexualité du couple.

Au total, il faut bien comprendre, qu'il ne faut pas rentrer à pieds joints dans toutes ces questions qui abordent la sexualité pendant et après la grossesse comme si tout allait de soi, avec comme corollaire de savoir aborder avec le couple, leur éventuelle volonté d'avoir une vie privée pendant cet évènement spécial que représente la grossesse et à distance de l'accouchement ainsi que l'idéal que ça peut représenter pour eux et notamment pour la femme.

L'important, c'est de pouvoir laisser libre cours à la parole au sein du couple. Dans ce cadre bien précis, le praticien « *peut aider à la métabolisation de la grossesse, à son épanouissement, ce qui pourra se traduire de façon parallèle par une meilleure compréhension des conduites sexuelles* » (2). Par ailleurs, dans une écoute attentive des vraies aspirations de la femme, sans oublier, bien sûr, le partenaire, le praticien peut aider le couple à éviter l'écueil d'un schéma dit classique de sexualité pendant la grossesse, et permettre au couple de s'installer dans une réécriture de leur intimité.

La femme, rappelons-le, est le plus souvent, seule à gérer son inquiétude, seule à gérer, dans sa tête et dans son corps, cet évènement exceptionnel que représente la maternité, véritable tsunami dans l'histoire de chacune. C'est bien elle qu'il faut accompagner en premier lieu dans ce qu'elle vit dans l'intimité de son jardin secret, dans cette aventure singulière de la « maternalité », complément indispensable pour beaucoup de femmes de leur féminité.

MOTS CLEFS : Couple, grossesse, post-partum, accouchement, sexualité, fonction érotique

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1) *The 5th International Congress of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, Nov., 13th- 19th, 1977, Rome
- 2) BONIERBALE M., KIEFFER N., STENWAGA C., *Conduites sexuelles et grossesse*, Actualités sexologiques, 2ème série, Masson, Paris, 1981
- 3) GANEM M., *La sexualité des couples pendant la grossesse*, Manuel de Sexologie, Masson, 2007
- 4) GONDONNEAU J., GARNIER G., *La sexualité de la femme enceinte*, Bibliothèque du Planning Familial, Editions Balland, 1973
- 5) LELEU G., *Le traité du désir*, Collection J'ai lu, N°7267, 1997
- 6) LEUILLET P., *Grossesse et fonction érotique*, Entretiens de Bichat, Entretiens des sages-femmes, Expansion Formation et Editions, 2006
- 7) MADELINE L., *J'attends un bébé, parcours d'un futur père*, Editions Josette Lyon, 2000
- 8) MASTERS W.H. & JOHNSON V.E., *Human Sexual Response*, Little, Brown, 1966
- 9) PASINI W., *Sexualité et gynécologie psychosomatique*, Masson, Paris, 1974
- 10) REVAULT D'ALLONNES Cl, *Le Mal Joli*, coll. 10/18, 1976
- 11) WAYNBERG J., *Guide pratique de sexologie médicale*, Simep, Paris, 1994
- 12) WALTHER H., *Désir et grossesse, Sexualité de la femme enceinte*, Editions du Toucan, 2008

PASSER LE CAP DE LA MÉNOPAUSE

P. MARES - S. RIPART- NEVEU

Gynécologues - Nîmes

P. MARES

Professeur de Gynécologie

Chef de service de Gynécologie hôpital Carémau Nîmes

pierre.mares@chu-nîmes.fr

Du symptôme aux symboles en passant par le poids du regard social : un parcours qui interroge...

Si l'annonce du passage du cap de la ménopause est une certitude pour toutes les femmes, il représente aussi une période d'incertitude par rapport à son contexte.

Tout autour d'un axe partagé entre les hommes et les femmes qui est celui du temps qui passe, viennent s'intercaler un certain nombre d'éléments dont le poids, les contraintes vont interférer plus ou moins sur cette période :

1. les symptômes de la ménopause ;
2. les attentes et les inquiétudes liées aux représentations symboliques de la ménopause ;
3. le poids sociétal portant sur cette période.

1 – Si les symptômes classiques telles que les bouffées de chaleur sont bien connues et socialement acceptées comme pouvant bénéficier d'une prise en charge, bien d'autres paramètres sont trop souvent négligés : les douleurs articulaires induisant une baisse de la l'activité physique et de l'investissement social avec toutes les répercussions que cela peut avoir au niveau de l'image corporelle, les troubles du sommeil, les troubles de l'humeur (irritabilité, nervosisme etc..), les sensations de mal odeur ... Autant de question peu abordées souvent peu discutée par les médecins et rarement prise en charge.

2 - Les impacts symboliques liés au concept de ménopause sont souvent source de difficultés comme le démontre de nombreuses études confirmant que l'impact sur la libido de la ménopause est le plus important chez les femmes qui redoutent la survenue de cette difficulté 10 ans avant ...

De même les modifications de silhouette associées à des images souvent trop stéréotypées de la femme conduisent à des attitudes de dévalorisation et de perte de confiance.

Au niveau de la société, de nombreux événements viennent compliquer une situation déjà complexe avec : le départ des enfants voire des difficultés des couples des enfants, les conflits professionnels, les difficultés conjugales et professionnelles... concourent à la constitution du concept de la ménopause comme source de difficultés.

On conçoit donc que le médecin se trouve devant une situation paradoxale qui dépasse largement la formation habituelle de la prise en charge d'un symptôme même avec l'intégration de la loi 2002, qui impose de tenir compte de l'avis des patients pour le choix thérapeutique.

L'enjeu est beaucoup plus large, le questionnement plus vaste, la prise en charge demande beaucoup plus de sophistication et de personnalisation dans les propositions.

La 1^{ère} étape est celle de l'écoute attentive et sans a priori puisqu'une fois qu'un consensus sera acquis sur les indications thérapeutiques possibles et les possibilités de traitement, il faudra à ce moment là chercher les éventuelles oppositions personnelles voire inconscientes à telle ou telle thérapeutique.

Le contrat consistera dans une démarche partagée entre l'écoute du médecin vis-à-vis de la patiente et l'acceptation d'une efficacité plus ou moins grande en fonction des souhaits exprimés, l'objectif étant d'obtenir un équilibre suffisant pour que le passage de la ménopause se fasse dans les meilleures

conditions possibles. En effet, l'acceptation, la tolérance à certains symptômes comme les bouffées de chaleur par exemple peuvent varier d'une femme à l'autre en fonction de son histoire, de ses inquiétudes, de ses projections etc ...

Certaines souhaiteront un traitement d'emblée pour quelques bouffées de chaleur avec quelques symptômes d'accompagnement et d'autres trouveront celles-ci tout à fait acceptables et suffisamment contrôlées avec des traitements moins puissants tels que extraits de pollen, phytothérapie etc ...

Le traitement ne pourra être envisagé sans un regard élargi aux autres pathologies possibles : pathologie thyroïdienne, endocrinienne, anémie chronique, état dépressif, syndrome douloureux diffus... et prévention d'une ostéoporose.

Le problème du poids, de la silhouette ne peut être négligé imposant un questionnement sur l'alimentation, l'activité physique.

La libido et les conditions d'une activité sexuelle (sécheresse...) font parties d'une approche qui doit être systématiquement abordée et même lorsque la patiente n'en signale pas l'existence, une information doit être donnée de façon tout à fait générale afin de lui permettre si elle le souhaite dans les consultations ultérieures de pouvoir s'exprimer sur ce domaine.

Il n'est pas inutile alors de refaire un lien et/ou remettre un lien avec le vécu de femmes âgées de 10 ans de plus qui témoignent très souvent une réelle dynamique retrouvée et un élan de vie tout à fait satisfait.

La ménopause comme la puberté, la grossesse, constitue un cap que l'on aborde avec inquiétude et dont le franchissement peut permettre souvent d'ouvrir des horizons nouveaux...

Résumés des
**commissions
de travail**

COMMISSIONS DE TRAVAIL DES ASSISES

- Prise en charge du handicap
Expert : K. CHARVIER - Rapporteur : C. DEL AGUILA-BERTHELOT
- Couple homosexuel ; une prise en charge spécifique ?
Expert : P. LEUILLET, G. DELAROCQUE - Rapporteur : A. GIAMI
- Les conflits névrotiques ; que faire ?
Expert : G. FORMET - Rapporteur : M. DUBOIS-CHEVALIER
- Jalousie et dépendance dans le couple
Expert : N. GRAFEILLE - Rapporteur : J. MIGNOT
- Thérapies corporelles : quand en couple ?
Expert : M. POTENTIER - Rapporteur : M. BONAL
- Le couple, le cancer et la sexualité
Expert : P. BONDIL - Rapporteur : D. HABOLD
- Les couples âgés
Expert : G. RIBES - Rapporteur : M-H. COLSON
- Pensée opératoire et imaginaire dans le couple : utilisation en thérapie
Expert : J. PEYRANNE - Rapporteur : M. PAUTI

PRISE EN CHARGE DU HANDICAP

Expert : Kathleen CHARVIER

Médecin physique et sexologue,
Hospices civils de Lyon,
Hôpital Henry Gabrielle,
20 route de Vourles, 69230 Saint Genis Laval Cedex
kathleen.charvier@chu-lyon.fr

Rapporteur : Corinne DEL AGUILA

Médecin sexologue, Hôpital Henry Gabrielle

Collaborateur : François CROCHON

Psychomotricien, sexologue, conseiller technique, Service Avas, Handicap International

L'objectif de cette commission est d'aborder la prise en charge des dysfonctions sexuelles au sein d'un couple dont un des partenaires ou les deux, sont en situation de handicap physique et/ou psychique.

La notion de handicap physique et/ou psychique, sous-entend dans l'esprit collectif une infirmité ou un désavantage quelconque, dont les répercussions dépendent de l'environnement socio-économique, culturel, religieux et géographique.

Mais toute personne dite en situation de handicap, est avant tout un être humain, homme ou femme, ayant besoin de séduire, d'être séduit, d'aimer et d'être aimé.

Dans un couple où l'un des partenaires ou les deux, sont en situation de handicap, la sexualité peut être perturbée et cela de façon différente selon le type du handicap, son caractère congénital ou acquis, son importance, le moment de sa survenue par rapport à la constitution du couple et selon l'histoire du couple, chaque couple étant singulier.

Pour pouvoir élaborer une prise en charge thérapeutique adaptée, il nous paraît important d'avoir une bonne connaissance ou de prendre le temps de collecter des informations sur le type de handicap ou des handicaps, présents au sein du couple, auprès du médecin référent et/ou des médecins spécialistes suivant habituellement la personne en situation de handicap.

Cette première étape permet d'évaluer le retentissement direct, somatique et/ou psychique, du handicap en cause, sur le potentiel physiologique des réactions sexuelles de l'un ou des deux partenaires en situation de handicap, avant d'évaluer le retentissement psycho-social global du ou des handicaps, quel qu'ils soient, sur la vie conjugale et familiale.

La prise en charge comprend souvent un travail sur le rôle de chaque partenaire au sein du couple et aussi sur l'image corporelle, l'estime de soi, le retentissement de la douleur, de la fatigue, de la dépression pouvant dépendre du handicap.

Comment un corps objet de soins peut-il devenir objet de désir ?

Comment développer les habilités érotiques du partenaire ne présentant pas de handicap, pour pouvoir érotiser la personne en situation de handicap ?

Nous, sexologues, serions nous handicapés par rapport à la prise en charge d'un couple en situation de handicap ?

A l'aide de cas cliniques nous pensons montré que les sexologues peuvent utiliser leurs outils habituels, en faisant preuve de créativité pour les adapter au type de handicap rencontré, en inventant peut-être aussi de nouveaux outils et en organisant des groupes de paroles.

Une sensibilisation au handicap lors de nos études de sexologie et des formations complémentaires

ponctuelles, lors des congrès par exemple, permettraient certainement de mieux appréhender et de mieux faire face aux troubles de la sexualité chez les femmes et les hommes se trouvant en situation de handicap.

RÉFÉRENCES

- COURTOIS F., LERICHE A. & CHARVIER K. *L'examen sexologique du blessé médullaire*. Progrès en urologie, 1991, 1, 1056-1063
- CZYBA C., CHARVIER K. & LERICHE A. *L'érection et l'éjaculation psychogènes : mythe ou réalité ? Intérêt de leur recherche chez le blessé médullaire*. Andrologie, 1992, 2 : 128-129
- COURTOIS F., CHARVIER K., LERICHE A., RAYMOND D. & EYSSETTE M. *Clinical approach to erectile dysfunction in spinal cord injured men. A review of clinical and experimental data*. Paraplegia (1995), 33, 628-635.
- COURTOIS F., CHARVIER K., RAYMOND S., LERICHE A., D. RAYMOND, LEDUC B. *Modèle neurophysiologique de la capacité éjaculatoire de l'homme blessé médullaire : Vers un modèle sexologique de rééducation sexuelle*. Revue sexologique, 1997, vol. 5, n° 1, 143-160
- CHAN RC. *How does spinal cord injury affect marital relationship? A story from both sides of the couple*. Disabil Rehabil. 2000;22(17):764-75
- CHAN RC. *Stress and coping in spouses of persons with spinal cord injuries*. Clin Rehabil.. 2000;14(2):137-44.
- GIAMI A, DE COLOMBY P. *Relations socio-sexuelles des personnes handicapées vivant en institution*. INSERM U 292, Handicaps-Incapacités-Dépendance, Premiers travaux d'exploitation de l'enquête HID, colloque scientifique, Montpellier, 30 novembre et 1er décembre 2000, Coordination Christel COLIN, et Roselyne KERJOSSE, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Série Etudes n°16, juillet 2001, <http://www.vie-publique.fr/documents-vp/serieetud16.pdf>
- SIEGRIST D. *Oser être femme, Handicaps et identité féminine*. Desclée de Brouwer, 2000, 154 pages.
- FOUCHARD J-L. *Les institutions et la sexualité de l'adulte handicapé*. Les cahiers de l'Actif - N°268/269
- SOULIER B. *Un amour comme tant d'autres ? Handicaps moteurs et sexualité*. Editions APF, Paris, 2001, 290 pages.
- COURTOIS F., MATHIEU C., CHARVIER K., et al. *Sexual rehabilitation for men with spinal cord injury : preliminary report on a behavioral strategy*. Sexuality and disability, 2001, 19(2), 149-157.
- GIAMI A. *L'Ange et la Bête, Représentations de la sexualité des handicapés mentaux par les parents et les éducateurs*. Editions du CTNERHI, 2e éd., 2001, trouvé sur <http://www.ctnerhi.com.fr/fichiers/ouvrages/238.pdf>
- PHELPS J, ALBO M, DUNN K, JOSEPH A. *Spinal cord injury and sexuality in married or partnered men : activities, function, needs, and predictors of sexual adjustment*. Arch Sex Behaviour. 2001;30(6):591-602
- DE COLOMBY P. *Handicaps moteurs et sexualité. Une bibliographie annotée*. Dossier professionnel documentaire n°15, éditions du CTNERHI, 2002.
- SHIEH JY, CHEN SU, WANG YH, CHAG HC, HO HN, YANG YS. *A protocol of electroejaculation and systematic assisted reproductive technology achieved high efficiency and efficacy for pregnancy for anejaculatory men with spinal cord injury*. Arch Phys Med Rehabil. 2003;84:535-40.
- SIEGRIST D. *Oser être mère, Maternité et handicap moteur*. Ed Lamarre APHP, Paris, 2003, 158 pages.

- CHARVIER K. « *La sexualité du blessé médullaire* ». « *Information, aide à l'érection, aide à la procréation* ». La revue du praticien numéro spécial à l'initiative du Dr Noelle François, avec le soutien du laboratoire Schwarz Pharma. CMPA de Neufmoutiers. Février 2005
- GOMEZ J-F. *Les personnes handicapées mentales et la sexualité*. Intimité-Sexualité, VST N°86. Revue du champ social et de la santé mentale, Directeur de publication ; Jean-François Gomez, Céméa/Erès, 2005, 176p.
- CHARVIER, K, COURTOIS F, LERICHE A *Sexualité et lésions radiculo-médullaires*. Neuropsych News, 2005, 4(5), 168-171.
- MERCIER M. *Vie affective et sexuelle des personnes handicapées physiques : briser les tabous*. Louvain Médical, 2005 ;124, 10 : S260-266.
- AGTHE C, VATRES F. *Accompagnement érotique et handicaps : Au désir des corps, réponses sensuelles et sexuelles avec coeur*. La Chronique Sociale, Lyon 2006.
- COOMBS UE. *Spousal caregiving for stroke survivors*. J Neurosci Nurs. 2007 Apr; 39(2):112-9.
- SCHOPP LH, GOOD GE, MAZUREK MO, MARKER KB, STUCKY RC. *Masculine roles variables and outcomes among men with spinal cord injury*. Disabil Rehabil. 2007;29(8):625-33.
- BLAIS MC, BOISVERT JM. *Psychological adjustment and marital satisfaction following head injury. Which critical personal characteristics should both partners develop?* Brain Inj. 2007 ; 21 (4) : 357-72.
- CARDENAS DD, TOPOLSKI TD, WHITE CJ, McLAUGHLIN, JF, WALKER WO. *Sexual functioning in adolescents and young adults with spina bifida*. Arch Phys Med Rehabil. 2008 Jan ; 89 (1):31-5
- COURTOIS Fr., PhD ; CHARVIER K., MD ; DUBRAY S., PhDc. *Les bases neurophysiologiques de l'orgasme : le patient blessé médullaire : un modèle « malgré lui » ?* Louvain Médical 2008 ; 127, 7 : S13-S19.
- COURTOIS Fr. PhD ; CHARVIER K. MD ; JACQUEMIN G. MD. *Modèle de prise en charge des troubles de l'orgasme chez la femme blessée médullaire*. Louvain Médical 2008 ; 127,7 : S20-S25
- COURTOIS F. PhD ; CHARVIER K. MD ; LERICHE A. MD ; VEZINA J-G. MD ; COTE I. MD ; RAYMOND D. MD ; JACQUEMIN G. MD ; FOURNIER Ch. MD and BELANGER M. PhD. *Perceived Physiological and Orgasmic Sensations at Ejaculation in Spinal Cord Injured Men*. Journal Sex Med 2008; 52. 24 19- 24 30
- COURTOIS, F.J, CHARVIER, K, F, LERICHE, A., COTE, M., LEMIEUX A. *L'évaluation et le traitement des troubles des réactions sexuelles chez l'homme et la femme blessés médullaires*. Sexologies (2009) 18, 51-59.

LE COUPLE LESBIEN : UNE PRISE EN CHARGE SPÉCIFIQUE ?

Patrick LEUILLET

Gynécologue, sexologue, sexothérapeute
Patricien hospitalier, Centre de Gynécologie-Obstétrique du CHU d'Amiens,
Directeur d'enseignement du DIU de Sexologie d'Amiens
17, rue de la République, 80000 Amiens
dr.leuillet@orange.fr

Le lesbianisme aujourd'hui ne saurait être séparé, du mouvement des femmes, ni de la libération gay, ni de la « révolution » sexuelle des années 70. C'est là que l'on trouve les bases idéologiques de l'identité et du couple lesbiens contemporains, c'est-à-dire : « ...l'idée d'une affectivité et d'une sexualité féminines indépendantes des hommes...l'idée que la femme n'a pas besoin de se marier ni d'avoir des enfants pour se réaliser pleinement... et enfin l'idée que deux femmes peuvent survivre du point de vue matériel et émotionnel sans l'appui d'un homme. » (Marina Castaneda)

L'homosexualité féminine a été moins étudiée. Elle a été beaucoup moins réprouvée tant par le législateur que par les théologiens. Elle a été, le plus souvent soit occultée par les historiens soit décrite en référence à l'homosexualité masculine et dans un discours masculin. Les lesbiennes payent un tribut particulièrement lourd aux représentations dominantes de l'homosexualité. Elles sont doublement exclues en tant qu'homosexuelles, en tant que femmes.

La révélation de leur sexualité est donc, en général, plus tardive. Elles connaissent plus largement une sexualité hétérosexuelle ou bisexuelle contrainte. (James Warner, 2004 rapporté par Bruno Perreau 2005). Le choix du lesbianisme, c'est un choix difficile qui a un prix indéniable, d'abord économique. Le couple lesbien est des trois types de couples, celui qui a le niveau de vie le moins élevé.

Contrairement aux jeunes gays, les jeunes lesbiennes souffrent en majorité, moins directement de l'injure homophobe. Toutefois, elles sont plus volontiers l'objet d'injonctions à se conformer au stéréotype du genre féminin et au fantasme masculin, ce qui peut occasionner une souffrance psychique profonde.

Le couple lesbien dépend d'une liberté de choix et d'une autonomie vis-à-vis des hommes que la majorité des femmes n'ont atteintes que récemment, et uniquement dans les pays industrialisés. Le couple lesbien a donc son origine dans les transformations sociales, économiques et juridiques qui ont révolutionnées la condition des femmes pendant l'ère moderne, dépend également de l'idéologie qui a encadré ces transformations.

Ceci dit, le couple lesbien contemporain est caractérisé par une relative égalité entre ses deux membres : la lesbienne d'aujourd'hui ne se laissera pas plus dominer par une femme que par un homme.

Le couple lesbien, qui met en scène deux femmes, se caractérise tout d'abord par une priorité à la relation, à la communication basée sur l'empathie, la surprotection et l'identification parfaite. Ce mode de communication est souvent poussé à l'extrême et la relation tend à devenir symbiotique pouvant mettre en danger l'autonomie et même l'identité de chacune d'entre elles.

Ceci dit, ce qui caractérise peut-être davantage le couple lesbien, c'est la question de la « violence ». C'est plein de violence l'homosexualité féminine. C'est plein de violence sur 2 registres, l'affectif

et la sexualité. Il y a une surenchère, un surcroît d'exigence, de passion, d'investissement affectif qui rend le vécu au quotidien, très dur. Il y a violence dans les provocations à visée orgasmique, une réelle quête de jouissance tant dans les activités masturbatoires que dans les pénétrations. Mais, à l'opposé, on retrouve plus facilement dans le couple lesbien, ce que la sociologue américaine Pepper Schwartz nomme le « Lesbian Bed Death », ou déclin sexuel lesbien, c'est-à-dire une intimité moins sexuelle qu'un autre couple.

En ce qui concerne la prise en charge du couple lesbien, il est nécessaire de prendre en compte les différentes facettes qui le caractérisent, qui en font toute son originalité, sa richesse, sans pour cela nécessairement adopter une stratégie thérapeutique plus spécifique.

MOTS CLEFS : Homosexualité, lesbianisme, couple, sexualité, prise en charge

RÉFÉRENCES

- ARC S., « *Idées reçues : les lesbiennes* », Editions Le Cavalier bleu, 2006
- BONIERBALE M., « *Définir l'homosexualité* », Manuel de Sexologie, Editions Elsevier Masson, 2007
- BONNET M.-J., *Les relations amoureuses entre les femmes*, Editions Odile Jacob, collection « Opus », 1995.
- CAPRIO F., *L'homosexualité de la femme*, Editions Payot, Paris, 1967.
- CASTANEDA M., *Comprendre l'homosexualité*, Editions Robert Laffont, Pocket, Paris, 1999.
- COCHRAN S., MAYES V., « *Lifetime prevalence of suicide symptoms and affective disorders among men reporting same-sex sexual partners* », American Journal of Public Health, vol. 90, n°4, 2000, p. 573-578.
- DOUGLAS C., « *Aider les couples de même sexe* », Editions ESF, Paris, 1993
- GELLMAN R., « *L'homosexualité* », Manuel de sexologie à l'usage des étudiants, Tome II, Editions E.F.S., 2004
- GUILLEMAUT F., « *Images invisibles : les lesbiennes* », dans « *La peur de l'autre en soi : du sexisme à l'homophobie* », sous la direction de WELZER-LANG D., DUTEY P., DORAIS M., VLB Editeur, 1994.
- LEUILLET P., « *Les homosexualités* », cours DIU de Sexologie, 2ème année
- PERREAU B., *Homosexualité*, Editions Librio, 2005.
- WARNER J. (et al), « *Rates and predictors of mental illness in gay men, lesbians and bisexual men and women* », British Journal of Psychiatry, n°185, décembre 2004, p; 479-485.
- WAYNBERG J., *Guide pratique de sexologie médicale*, Editions Simep, Paris, 1994, page 57-62.
- WAYNBERG J., Séminaire d'été, Institut de Sexologie, juin 1998

LES CONFLITS NÉVROTiques : QUE FAIRE

Gilles FORMET

Psychiatre
14 rue d'Amphoux 84000 Avignon
gilles.formet@orange.fr

Pourquoi cette commission ? Quand nous prenons en charge un couple, que ce soit pour une difficulté sexuelle ou dans le cadre d'une thérapie de couple, nous nous apercevons que les couples fonctionnent différemment, que ce qui fait lien n'est pas identique entre les couples ; cependant nous pouvons repérer des similitudes entre certains fonctionnements de couple. Par ailleurs nous remarquons aussi que les prises en charge de ces couples, suivant les références théoriques, les outils utilisés, donnent des résultats variables. Nous pressentons que les résultats de ces prises en charge sont fonction des techniques de prise en charge mais aussi de la constitution des couples et donc des contrats qui fondent le lien des différents couples.

En fait lorsque nous rencontrons un couple en consultation nous avons à nous poser la question de savoir si la meilleure indication est une thérapie de couple ou une thérapie individuelle voire les deux et de savoir quelle type de thérapie : psychodynamique, systémique ou autre ?

Les cadres de différentes approches permettent d'envisager les difficultés de couples depuis leurs différents niveaux d'analyse. Un outil de travail, fondé sur la clinique, intégrant toutes les approches nous permettrait d'avoir une nosologie hors querelles de chapelle, commune à tous et de mieux déterminer la prise en charge adéquate pour chaque couple. Pour cela il paraît clair qu'il ne faut pas partir d'une théorie ou d'une méthode thérapeutique et de l'appliquer aveuglement aux couples qui viennent consulter, mais partir de la clinique.

L'an dernier à Strasbourg dans un premier temps nous avons défini entre autres les contrats dans le couple. Dans un deuxième temps, cette année à Lille, nous allons définir la conduite à tenir, les outils ou techniques à utiliser pour la prise en charge des couples en fonction de la clinique.

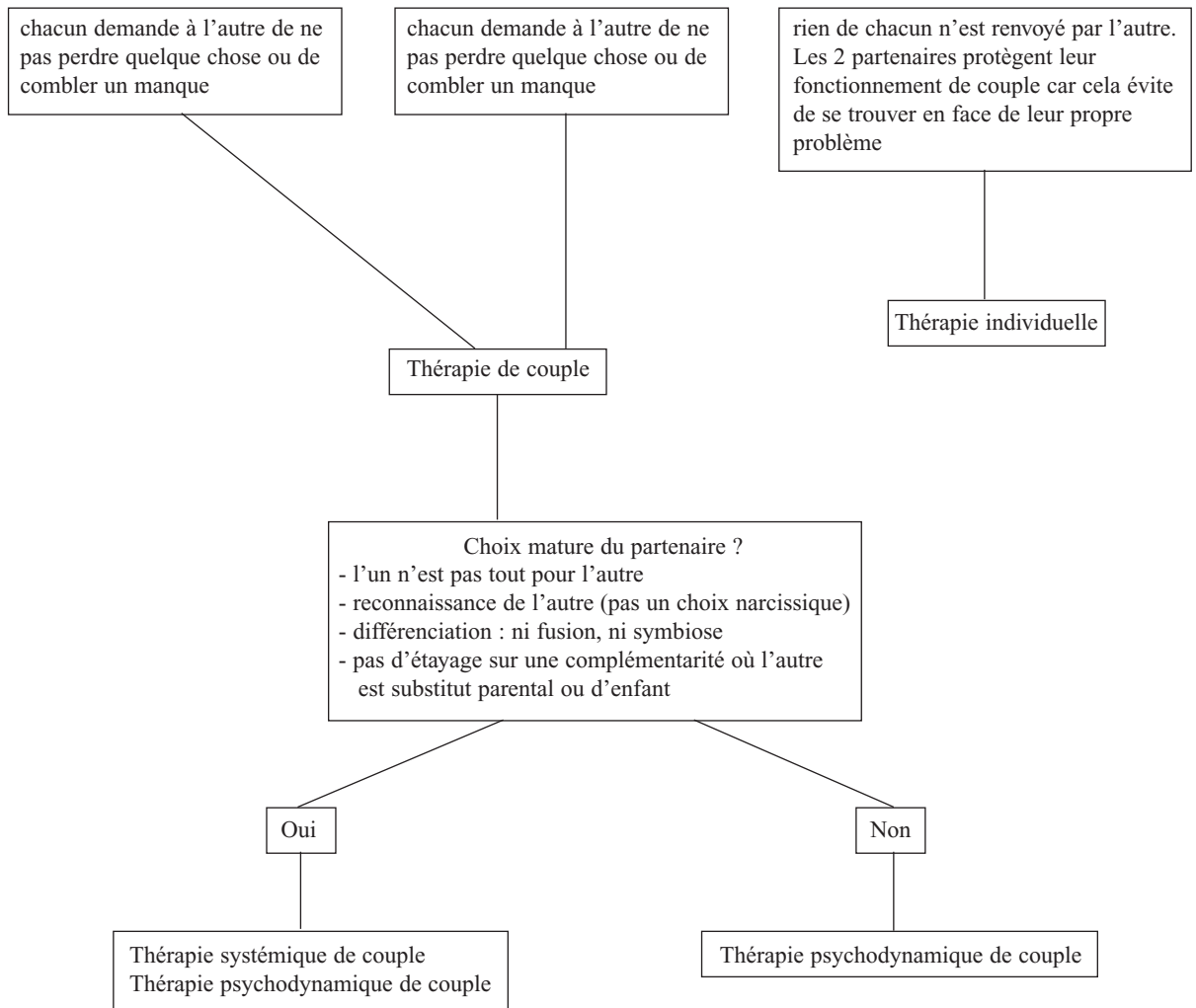
Afin de lancer les idées et le débat un diagramme décisionnel est proposé.

MOTS CLÉS : thérapie de couple, thérapie individuelle, systémique, psychodynamique, choix mature du partenaire.

RÉFÉRENCES

- EIGUER Alberto, *la thérapie psychanalytique du couple*, Dunod 2984
- FORMET Gilles, *contrats pervers et névrotiques dans le couple*, in *Le couple dans tous ses états*, Collection Colloques, Editions EFS pages 115-122
- ISRAEL Lucien, séminaire 1974.
- LEMAIRE Jean-G, *le couple, sa vie sa mort*, Payot 1979
- MULLER C, *une approche psychodynamique des maladies mentales peut-elle être intégrative ?* in *La lettre du psychiatre* vol III n°9 nov-déc 2007 pages 213-117
- VIRY Robert, *Psychopathologie de la vie amoureuse*, Presses Universitaires de Nancy, 1998.
- WATZALWIECK Paul et coll : *une logique de la communication*. Le Seuil, Paris, 1972
- Willi Jürg : *La relation de couple*. Neuchâtel-Paris, Delachaux et Niestelé 1982

Prise de charge de couple Arbre décisionnel



JALOUSIE ET DEPENDANCE DANS LE COUPLE

Expert : N. GRAFEILLE

Rapporteur : J. MIGNOT

Les dix premières minutes seront consacrées à un rappel des données travaillées l'année dernière, à Strasbourg, dans la commission de travail sur ce thème.

La base théorique peut s'appuyer sur les différents types de jalousies normale, projetée et délirante, décrites par Freud (« De quelques mécanismes névrotiques dans la jalousie, la paranoïa et l'homosexualité », Revue Française de Psychanalyse, 3, 1922)

Nous élaborerons ensemble les possibilités thérapeutiques en abordant les questions des patients : Peut on aimer sans être jaloux ? Peut on être jaloux sans aimer ? Comment vivre cet enfer qu'est la jalousie ?

Le thérapeute aura des stratégies différentes selon la personnalité du (de la) patient(e) et surtout du couple dans lequel celui-ci (celle-ci) évolue.

L'équilibre du couple n'est jamais acquis, toujours mouvant, nécessitant une adaptation continue par rapport à l'évolution de chacun et du couple. Cela réclame des soins quotidiens et vigilants. Lorsque le drame de la jalousie frappe un couple les difficultés seront toujours au rendez-vous.

Dans la jalousie, le désir porte sur la crainte de perdre. Elle est fondée sur une relation plus souvent tripartite et concerne la mise en danger de la relation de faveur. Ainsi nous avons le sujet jaloux et deux objets de la jalousie, la personne aimée, objet principal, et le rival, objet secondaire. Or celui-ci peut être imaginaire, ce qui donne une importance toute particulière à l'imagination dans le processus jaloux.

Trois cas de figures se présentent :

Le jaloux réclamera des preuves : inutile.

On peut lui exprimer son amour : c'est mieux, mais pas concluant.

On peut le rassurer sans bouger : on s'éteint.

Nous réfléchirons ensemble sur ce que peuvent apporter l'introspection, l'approche psychodynamique ainsi que les TCC.

RÉFÉRENCES

- *La jalousie* - Willy PASINI - Poches Odile Jacob -2006
- *Les amours infidèles* – Willy PASINI – Odile Jacob- 2008
- *Petites infidélités dans le couple* - Patrick BLACHÈRE et Sophie ROUCHON - Albin michel - 2005
- *Petits arrangements avec l'amour* - Lucy VINCENT - Odile jacob- 2005
- *Jour de souffrance* - Catherine MILLET – Flammarion – 2008
- *La première épouse* - Françoise CHANDERNAGOR - Le livre de poche -1999
- *La trahison* - James HILLMAN - Rivages - PB Payot - 2008

LANGAGE CORPOREL ET INTIMITÉ

Martine POTENTIER

Kinésithérapeute, physiothérapeute, sexologue clinicienne
68 Bd Sébastopol - 75003 Paris
176 cours Lieutaud - 13006 Marseille
martinepotentier@free.fr

Nous allons parler de l'intimité et de ses signes qui sont des guides pour le partenaire érotique, mais aussi puisque nos patients ont failli dans cette habileté, par quel moyen leur donner des clés, pour qu'ils retrouvent le chemin tant espéré. Il est à noter déjà qu'il n'est pas inutile, la plupart du temps, de se rappeler que le corps « parle par tous ses pores » et qu'il n'y a qu'à « voir » et sentir.

Quels sont les signes du désir naissant vus de l'extérieur?

- Dans la distance : la couleur de la peau, les pupilles dilatées, les lèvres entrouvertes, la respiration amplifiée, les mouvements du corps qui s'harmonisent, tout cet ensemble émotionnel est palpable

Dans la relation sexuelle, avec l'érotisation et l'excitation, quels sont les signes de l'ouverture à l'autre ?

- le regard se modifie, les lèvres de la bouche se gonflent, la salivation est plus importante, les lèvres du sexe de la femme sont en érection et s'ouvrent, on peut alors comparer l'érection de l'homme comme une ouverture aussi, l'écoulement vaginal (clair au départ devient plus visqueux) et prostatique, la respiration amplifiée est voluptueuse, le cœur est stimulé, et la peau change d'aspect, le visage prend des couleurs, les soupirs d'aise, les cris, les gloussements... *(Liao Yi Lin)

C'est un peu comme si la pulsion, puis le désir, puis l'émotion ouvraient le corps vers la bouche et que les lèvres se répondaient dans une ouverture centrale visible dans les yeux. Ce sont les signes synthétiques d'une alchimie complexe.

Tout cet ensemble émotionnel est palpable et « *nous ne saurions en faire une analyse sémiologique* » : P. Guiraud*. Ce langage qui nous colle tellement à la peau, prend ses racines avant que nous puissions nous exprimer avec des mots, il vient d'un moment de notre vie où l'image du corps s'est constituée. Comme le dit très bien Françoise Dolto *: « *l'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles,.... l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant* ».

C'est donc par un cycle d'interactions successives que dans le couple épanoui, l'harmonie se fait progressivement entre le voir, le sentir et les représentations, entre la distance et la fusion, la communication et la conscience.

C'est dans le contexte où les mots intelligibles n'ont plus leur place que la thérapie corporelle en sexologie est indispensable, en permettant une expérience au sens fort du terme puis des apprentissages qui seront après, librement intégrés dans l'intimité du couple.*(W.Pasini)

Quels en sont les outils ?

- **En couple** : La pratique du massage permet de vivre une situation intime et de partage, hors emballage sexuel, qui laisse alors la place pour apprendre à « lire » et à dire à l'autre. Le massage permet aussi d'expérimenter la passivité et l'activité en alternance et de retrouver la joie de l'échange* v G.Leleu.

La sensualité : la sensibilisation, l'érotisation du toucher dans les doigts qui suivent sur la peau une sorte de fil conducteur. Les pensées, les images, les fantasmes viennent alimenter la créativité, puis on chemine d'une sensation à une autre, la pensée comme production du cerveau n'a plus

de distance avec les autres sensations et procure une détente qui fait lâcher le mental, recentre l'activité globale vers le milieu du corps.

La respiration abdominale pour une détente à deux

Les jeux de rôle pour faire émerger les non-dits, permettre des prises de conscience,

- Seul, dans le cadre d'une prise en charge du couple :

Se faire masser, notamment très apprécié des hommes qui peuvent alors se laisser à la réceptivité, et les femmes pour se ressourcer.

Le travail sur le périnée : représentation, appropriation, concentration, contrôle* (R. Leclerc).

La respiration abdominale et enchaîner sur la coordination bassin-gorge du réflexe d'orgasme.* (W. Reich).

La respiration inversée comprimée qui stimule le désir, renforce les sensations et le contrôle sexuel.* (Y. Réquena)

L'étirement des ceintures abdominale et scapulaire pour stimuler les réflexes de réharmonisation biologique que sont le bâillement, le soupir, l'évacuation des gaz, les gargouillements... bref, retrouver le plaisir du bien-être tout simple et apprendre à se le donner en écoutant les signes spontanés du corps.

La danse libre, le Qi Gong, (tchi gong), ... pour développer les capacités psychomotrices, l'aisance, la force et la santé.

Tout ce travail se situe dans un cadre contractuel, pour l'établissement d'une relation thérapeutique dans un premier temps de verbalisation et faire émerger une prise de conscience.

Quand pour le couple ?

- Dans un continuum thérapeutique, la thérapie corporelle vient en duo avec une autre prise en charge. Plusieurs solutions sont possibles : en alternance de séances, avec une séance pour « faire le point » tous les mois, tous les trimestres, à la fin du processus corporel. Soit l'un des partenaires a besoin de faire un travail personnel (voir plus haut), soit le couple est envoyé pour un travail spécifique évoqué plus haut, la plupart du temps parce qu'ils ne communiquent plus, par et avec leur corps ce qui fait « tourner en rond » les entretiens avec l'autre soignant.

- En première intention, l'entretien préliminaire a permis de situer qu'on n'était pas dans une problématique médicale, ni psychiatrique.

Le couple sera pris en charge en séance individuelle, après un accord contractuel.* (M. Potentier)
Maintenant, il faut aussi parler des prises en charges, en groupe de couple qui sont à la marge des prises en charges thérapeutiques. Elles doivent pour un travail solide, s'inscrire dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique personnelle qui permet l'élaboration de ce qui est vécu pendant le groupe.

L'avantage des groupes est de permettre aux partenaires de sortir de l'isolement et de comprendre souvent qu'ils souffrent plus d'une absence de repères, d'un vide culturel que d'un véritable problème. Ces groupes sont alors un bon contenant, pour apprendre, poser des questions personnelles qui vont servir aux autres, apprendre un véritable savoir vivre en amour (Sexocorporel)* (JY. Desjardins), la sexualité dans l'érotisme et l'amour (Tantrisme)* (M. Ortolan), la santé et la sexualité pour la longévité (Taoïsme, Qi Gong)* (Y. Réquena).

BIBLIOGRAPHIE

* JY DESJARDINS, C. CRÉPAULT : « *Les corps érotiques* » 1981

* F. DOLTO : « *L'image inconsciente du corps* », coll. Point Essais, Seuil, 1992
« *La sexualité féminine* », coll. Point Essais, Seuil, 1976

* M EL FEKI, JY DESJARDINS, C CRÉPAULT, J BUREAU, *La sexothérapie*, De Boeck: 2007

* P. GUIRAUD : « *Le langage du corps* », Que sais je ? n°1850, Paris 1980

* R. LECLERC : « *Corps de mère, corps de femme* », Le cherche midi, Paris 2004

- * G. LELEU : « *Le traité des caresses* », Flammarion, 1998
- * M. ORTOLAN, J. LUCAS : « *Le Tantra* », coll. Champ d'idée, Le Souffle d'Or, Gap 2005
- * W. PASINI : « *La place du corps en psychothérapie* », Payot, 1975
- * M. POTENTIER : dans « *Dictionnaire de la sexualité humaine* » L'esprit du temps, 2004
- * W. REICH : « *La fonction de l'orgasme* », l'Arche, 1997
- * Y. RÉQUÉNA : « *Délicatessex* », Trédaniel, Paris 2007
- * L. YI LIN : « *L'art d'aimer à la chinoise* » La Martinière, Paris 2007

COUPLE, CANCER, SEXUALITÉ : PRISE EN CHARGE

Pierre BONDIL

urologue-oncologue-sexoandrologue

Daniel HABOLD

sexologue-urgentiste

Dispositif SAICSSO* - ERMIOS**, Centre hospitalier de Chambéry, 73011

* *Sexologique d'Aide Individuelle et des Couples en Soins de Support Oncologie*

** *Espace de Rencontre Multidisciplinaire d'Informations en Oncologie de la Savoie*

Pourquoi cancer, sexualité et couple ?

La problématique sexuelle est encore trop rarement spontanément abordée en cas de cancer. Pourtant, la survenue d'un cancer, quel que soit son origine, est susceptible de retentir à la fois sur la santé sexuelle du sujet atteint et sur la vie sexuelle du couple. Les progrès thérapeutiques actuels permettent d'assimiler de plus en plus souvent le cancer à une maladie chronique ce qui implique une problématique partagée de qualité de vie (notamment sexuelle) comme toute maladie chronique (priorités de santé publique). Qu'il s'agisse de cancer ou non, la poursuite ou la récupération d'une vie sexuelle satisfaisante représente également un moyen de se sentir « normal » alors que beaucoup de choses ont changé pour les patients et leur partenaire. En cas de cancer, le sentiment de guérison est le plus souvent lié à la perception d'être en bonne santé, à une bonne qualité de vie et au sentiment d'un retour à la normale (vie sociale et sexuelle) (Cases). L'approche moderne de la maladie cancéreuse (mais aussi non cancéreuse) consiste en une prise en charge globale, c'est-à-dire impliquant une approche concomitante technique et humaniste de la maladie et de la personne malade dans ses différentes dimensions biopsychosociales et en respectant les droits, la liberté et la dignité de l'individu. Pour mieux appréhender la réalité et l'importance du retentissement sexuel en cas de cancer, l'épidémiologie suffit à expliquer l'intimité des liens entre cancer et sexualité. Ainsi, plus de la moitié des cancers sont des cancers génitaux dominés de très loin par les cancers du sein chez la femme et de prostate chez l'homme. Le cancer du sein concernant une femme sur dix et celui de la prostate, un homme sur huit, cela signifie que près d'un homme et ou femme adulte français sur cinq sont potentiellement (directement ou non) concernés lorsque la(e) partenaire est pris(e) en compte ce qui est une des caractéristiques de la sexualité. Selon les données du Plan Cancer 2000, 800 000 personnes vivaient avec un cancer et 2 millions avaient eu un cancer. Etant donné que la prévalence des cancers augmente avec l'âge, le vieillissement en cours va augmenter : a) le nombre de cancers (280 000 nouveaux cancers en 2000, 320 000 en 2005), b) la demande oncosexologique du fait de la demande légitime d'une meilleure qualité de vie. L'importance de l'impact sur la sexualité est parfaitement illustrée par la récente enquête « Deux ans après » le diagnostic qui montre que la sexualité était perturbée dans 65% cas (quoique 43% personnes se déclarent guéries) (Cases). Pour respecter les règles de bonnes pratiques cliniques, la prise en charge du couple (et de l'individu malade) confronté à une difficulté sexuelle liée au cancer doit être adaptée à la problématique sexuelle identifiée d'où l'importance de l'étape diagnostique. En réalité, dans de nombreux domaines, la prise en charge des difficultés sexuelles du couple confrontées au cancer ne diffère guère de la prise en charge des difficultés d'autre étiologie en raison de leurs très nombreuses similitudes.

Quel est l'impact du cancer sur les fonctions sexuelles masculines et féminines ?

Très fort puisque deux tiers (65%) des hommes et femmes de l'enquête « Deux ans après » déclarent des conséquences négatives sur leur vie sexuelle. Très diversifiées, les demandes, attentes et difficul-

tés sexuelles rencontrées par le couple, le patient et / ou le partenaire sont souvent similaires à celles habituellement rencontrées en dehors du cancer. Les principales fonctions sexuelles de l'homme ou de la femme peuvent être toutes plus ou moins sévèrement lésées (désir, plaisir, excitation, érection, orgasme, éjaculation). Les cancers de la cavité pelvienne sont ceux qui altèrent logiquement le plus la vie sexuelle. Ainsi, 89% des hommes et 75% des femmes sexuellement actives de l'enquête rapportent un impact négatif sur leur vie sexuelle. L'impact des cancers hors cavité pelvienne est moins net mais encore bien présent puisqu'il concerne 44% des 1906 personnes sexuellement actives ayant un cancer hors cavité pelvienne (Cases). Ce n'est guère étonnant car toutes les composantes de la sexualité peuvent être touchées, qu'elle soit à visée reproductive ou non (identitaire, ludique, amoureuse, relationnelle...). Cette diversité explique l'extrême variété des dysfonctions sexuelles en fonction de l'âge, du mécanisme, du cancer et de ses traitements, de la dynamique du couple. Néanmoins, si la problématique sexuelle liée au cancer partage de nombreuses similitudes avec la problématique « non cancéreuse » (relevant donc d'une prise en charge non spécifique fonction de la plainte), la prise en charge du cancer présente des spécificités complémentaires (notamment son impact sur la sexualité reproductrice). La prévalence du cancer augmente avec l'âge d'où une augmentation croissante du nombre de cancers en raison du vieillissement de la population. Mais, le cancer n'épargne ni l'enfant, ni l'adolescent ni l'adulte jeune soulevant le problème de leur fertilité future à court ou à plus long terme. Le cancer du testicule est l'apanage d'hommes jeunes et le cancer du sein n'épargne pas les femmes en âge de procréer. Une enquête « Donner la vie après un cancer du sein » est en cours sous l'impulsion d'une association de patientes (Association française de l'après-cancer du sein ayant eu un cancer du sein) (Tazi). L'enquête « Deux ans après » (Cases) l'illustre bien en montrant que 37% de femmes et 30% d'hommes étaient en âge de procréer. Quoique leur fertilité était souvent compromise, 30% des femmes infertiles (n=282) et 13% (n= 1137) des hommes infertiles ont rapporté un manque d'information sur le risque d'infertilité. Par conséquent, cet impact sur la sexualité reproductrice ne doit pas être négligé mais au contraire clairement expliqué aux parents et / ou au sujet malade et si possible prévenu (par exemple avec la conservation du sperme en cas de cancer du testicule).

L'impact sur la sexualité du couple est-il similaire que les troubles sexuels soient ou non liés au cancer ?

Sur de nombreux plans, l'impact du cancer sur la sexualité du couple ne se distingue guère des troubles sexuels d'autre origine. Il existe très souvent un impact négatif (habituellement multifactoriel) à la fois pour l'intimité et la vie sexuelle du couple. Il en résulte une conduite d'évitement sexuel volontiers aggravée par des difficultés de communication dans le couple. Cependant, le cancer a souvent un impact délétère spécifique sur la vie sexuelle du couple. Cet impact négatif additionnel est la conséquence souvent conjuguée de : a) sa connotation mortifère sous-jacente plus ou moins présente tout au long de la maladie, b) ses séquelles physiques et / ou psychiques souvent invalidantes provoquées par ses traitements.

1) Impact négatif partagé sur la qualité de vie sexuelle et globale

Toute personne atteinte de cancer devient une personne vulnérabilisée et en souffrance globale. Cette fragilisation peut résulter directement de son cancer mais aussi indirectement du fait : a) des répercussions fréquentes sur son équilibre physique et / ou psychologique et / ou environnemental, b) d'un questionnement sur le sens de sa vie et de sa maladie ainsi que sur son rapport aux autres (tout particulièrement avec la(e) partenaire). Cette remise en question qui peut être profonde s'explique par le fait que le cancer et...les difficultés sexuelles ont un fort impact symbolique. Les deux relèvent des domaines de l'intimité et de l'affect tant pour l'individu que pour le couple. Quel que soit le sexe de l'individu, le cancer (lié à la mort) et les dysfonctions sexuelles (liées à une perte de l'image de soi, de la confiance et de l'estime de soi) ont en commun un impact négatif potentiellement important sur la sexualité du couple en agissant à la fois sur le patient et sur le partenaire. Qu'il s'agisse de cancer ou de troubles sexuels d'autre origine, un sentiment de honte et / ou de culpabilité peut être présent chez l'individu atteint (et aussi le partenaire) aggravant la problématique sexuelle. Un cercle vicieux risque de s'installer progressivement favorisant une réaction d'évitement des moments d'intimité, de tendresse à l'origine d'une « désinsertion sexuelle » du patient et / ou du partenaire si elle se prolonge trop longtemps. Ainsi, cet impact délétère pour la sexualité du couple n'est souvent pas directement induit

par la maladie (cancéreuse ou non) mais plutôt indirectement par le biais d'une réaction psychique aux conséquences physiques de la maladie. En réalité, exactement comme pour les troubles sexuels non liés au cancer, le retentissement du cancer sur la sexualité du couple varie considérablement selon les individus et les couples en terme de troubles (quantitatifs et qualitatifs) de la santé sexuelle et d'impact sur la qualité de vie sexuelle (et globale). De multiples paramètres peuvent intervenir en fonction de la personnalité de l'individu malade et du partenaire, de leur relation à l'autre sexe, de divers facteurs cognitifs et comportementaux propre à chaque individu ou au couple (histoire, motivation, réceptivité et dynamique). Que la problématique sexuelle soit ou non liée au cancer, la pratique quotidienne montre l'existence fréquente d'un impact négatif quel que soit l'âge non seulement chez l'individu malade mais aussi chez le(a) partenaire, altérant par conséquent la qualité de vie sexuelle (et globale) du couple. Quoique chez les couples touchés par le cancer, les hommes réagissent souvent différemment des femmes (qu'il soit patient ou partenaire) aux questions liées à l'intimité et au relationnel, une des particularités de cette souffrance est d'être souvent partagée, masquée (et donc méconnue). En fait, si le cancer (et les troubles de la santé sexuelle) peut être un incontestable facteur de risque pour le couple, l'enquête « Deux ans après » indique que, contrairement à ce que l'on supposait, l'épreuve subie par le couple (76% vivant encore en couple) a pour conséquence habituelle de renforcer le couple et sa dynamique. La relation de couple est préservée (55%) ou renforcée (37%) contre 7.7% détériorée (Cases). Comme (voire encore plus) pour les troubles sexuels d'autre origine ou les maladies chroniques, l'environnement de l'individu qui souffre de troubles ou de difficultés sexuelles joue un rôle primordial tout au long du parcours de soins tant pour leur reconnaissance que leur prise en charge. L'impact environnemental peut se situer au niveau : a) humain en intégrant la proximologie du patient (rôle prépondérant de la partenaire) et le monde soignant (médical et paramédical), b) institutionnel via l'offre de soins et la qualité du système de santé responsable d'une prise oncosexologique (ou non) en charge plus ou moins efficiente et onéreuse selon les pays.

2) Difficultés partagées de communication et de prise en charge.

Les enquêtes chez les patients et les couples confrontés au cancer indiquent qu'ils sont tout autant demandeurs d'information que d'une prise en charge spécifique d'où l'importance d'adopter une attitude proactive pour faciliter la communication onco-sexologique. Malheureusement, parler de sexualité n'est simple ni pour le soigné ni pour le soignant qu'il soit oncologue ou non. La complexité de la problématique oncosexologique est ainsi doublement aggravée du fait : a) des fréquentes **méconnaissances** portant à la fois sur la sexualité, la vie sexuelle et la santé sexuelle et ses troubles, très largement partagées entre le soigné, le soignant et le partenaire. Favorisées par l'absence d'éducation sexuelle dans la population générale et de formation à la santé sexuelle chez les soignants, elles sont souvent à l'origine de fausses idées ou de mythes qui jouent un rôle aggravant comme de nombreuses études l'ont mis en évidence (crainte de contaminer le partenaire ou de la fin de toute sexualité...). Par exemple, contrairement aux idées reçues, quel que soit l'âge du patient et du couple, maintenir ou récupérer une vie sexuelle est une demande souvent présente dès lors que la phase aiguë (annonce, début du traitement...) du cancer est passée. Le retour à une « normalité sexuelle » correspond à un fort souhait à la condition d'être recherchée de façon adaptée et mesurée, b) **difficultés de communication** tout aussi partagées entre soignés et soignants et aussi à l'intérieur du couple entre partenaires. Ces lacunes de connaissances et de communication sont un des principaux problèmes lorsqu'il s'agit de reconnaître et de traiter les problèmes sexuels quel que soit leur nature ou leur origine et qu'ils soient ou non liés au cancer. Malgré une amélioration de la libération de la parole (d'avantage chez les patients que les soignants), force est de constater que la « problématique sexuelle » reste encore trop souvent abordé avec réticence et rarement de façon appropriée tout au long du parcours de soins que la(e) patient(e) soit atteint(e) d'un cancer ou d'une autre pathologie. Malgré la fréquence élevée des interrogations ou des difficultés sexuelles, les patients ou leur partenaire sont souvent gênés d'aborder leur problématique sexuelle qui peut leur apparaître d'autant plus négligeable ou peu digne d'intérêt en cas de cancer où le pronostic vital est en jeu. De façon concomitante, les soignants, oncologues ou non, abordent peu la santé sexuelle pour des motifs très divers (manque de temps, de connaissance ou d'intérêt) expliquant une attitude actuellement beaucoup plus réactive que réellement proactive. La difficulté pour les professionnels de parler sexualité (mal-être fréquent) ajoutée au manque d'outils d'évaluation et pour ouvrir un dialogue simple sur la

problématique sexuelle conduisent trop souvent les professionnels à éviter d'aborder cette dimension humaine. Si le Plan Cancer a permis d'énormes progrès, l'offre spécifiquement oncosexologique reste en règle mal lisible et rarement structurée car encore trop souvent centre/médecin dépendant. Cette absence de soins de supports onco-sexologiques clairement identifiés en France représente indiscutablement un (réel) motif fréquemment évoqué pour ne pas évaluer la santé sexuelle des patients souffrant de cancer. Sauf rares exceptions, cette réalité illustre bien un manque d'intérêt ou, du moins, une méconnaissance de la dimension oncosexologique chez une majorité de soignants prenant en charge le cancer. Il s'agit pourtant d'une authentique inégalité d'accès aux soins tant sur un plan éthique que déontologique et humaniste qui devrait être prise en compte et corrigée. La réalité des enquêtes sur ce thème est qu'elle correspond à une forte attente et demande actuelle des patients et des couples comme l'a démontré l'enquête « Deux ans après » après le diagnostic où 43% des personnes se déclarent guéries (Cases). Plusieurs avancées au niveau de la communication soignant-soigné ont été mises en évidence par de récentes enquêtes via : 1) une sensibilisation croissante des professionnels de santé vis-à-vis de la dimension onco-sexologique, 2) une meilleure écoute et une plus grande disponibilité des soignants non-médecins (notamment infirmières et psycho-oncologues) habituellement plus attentifs aux plaintes et aux demandes des patients, 3) un besoin indéniable d'une meilleure information pour tous et de formation pour certains groupes de professionnels régulièrement en contact avec les patients atteints de cancer. Depuis plusieurs années, certains médecins spécialistes (notamment urologues et gynécologues) régulièrement confrontés aux cancers génitaux de l'homme et de la femme se préoccupent de préserver la santé sexuelle ou de minimiser les séquelles sexuelles de leurs patients. Ainsi, dans le cancer de prostate, les urologues ont développé des nouvelles techniques de préservation peropératoire et de récupération post-opératoire de la capacité érectile, dans le cancer du sein, les gynécologues ont favorisé le développement de l'oncoplastie. Parallèlement, l'analyse de la qualité de vie et notamment de l'impact sur la vie sexuelle est de plus en plus intégrée aux essais cliniques en oncologie qu'il s'agisse de cancers génitaux mais aussi non génitaux. Pour pallier à ces difficultés de connaissance et / ou de communication oncosexologique, de nombreux articles, brochures et sites Internet de qualité destinés au grand public et aux patients (associations de patients, Ligue contre le cancer...) sont actuellement disponibles. Parallèlement à l'information du grand public, il est essentiel d'éduquer les professionnels, les patients et leur entourage pour améliorer la communication sur le cancer et la sexualité et par conséquent la prise en charge des éventuelles difficultés.

3) Impact spécifique du cancer sur la sexualité du couple.

Le cancer a souvent un impact négatif spécifique sur la sexualité du couple, plus ou moins visible mais souvent présent. Ce retentissement propre au cancer est très souvent délétère pour la vie sexuelle du couple en intervenant à trois niveaux totalement différents : 1) **symbolique** puisque l'organe (sexuel ou non) devient une menace de mort (implicite ou explicite) d'autant plus qu'une mutilation anatomique a dû être faite. Dans tous les cas et dans les deux sexes, la mutilation d'organes (sexuels ou non) peut être particulièrement « tueuse » de sexualité pour le couple par modification de : a) l'image corporelle (stomies digestives, urinaires, ORL et / ou d'amputation totale ou partielle du sein, du pénis, du rectum...), b) la représentation « sexuelle » des cancers génitaux puisque chez la femme, le sein, l'utérus et l'ovaire symbolisent à la fois, la féminité et la maternité, chez l'homme, la prostate, le testicule et la verge symbolisent la masculinité, la virilité et la fertilité, 2) **temporel** puisque selon les étapes de la maladie, le temps prend une importance et une signification très particulières. L'impact temporel modifie profondément la hiérarchie et la priorité des valeurs qu'il s'agisse de la phase initiale (période d'annonce et de traitement) ou de surveillance qui intègre les notions spécifiques d'échec (par inefficacité ou récurrence) et de guérison. Sauf exception, la problématique carcinologique est initialement toujours prioritaire par rapport à la problématique sexuelle. Le pronostic vital prime toujours sur le pronostic sexuel. En pratique quotidienne, lors des consultations d'annonce d'un cancer, il est très rare de ne pas voir le couple spontanément (à la nette différence des troubles sexuels d'autre origine où le couple consulte rarement spontanément). Heureusement, grâce aux progrès thérapeutiques, le cancer devient de plus en plus souvent une maladie chronique avec un nombre croissant de patients qui guérissent ou qui vivent plus longtemps. La problématique de qualité de vie dont fait partie la vie sexuelle revient alors souvent dans les préoccupations des patients et du couple. Si ce passage d'une maladie mortelle à une maladie chronique remet souvent (mais pas toujours) la problématique sexuelle

en avant, le soignant doit rester tout au long du parcours de soins, à la fois disponible et à l'écoute des éventuelles attentes et demandes « sexologiques » qui peuvent présenter de nettes différences entre homme et femme qu'ils soient malades ou partenaires, à tout âge et à toutes les étapes de la maladie. Par exemple, la demande peut varier d'une simple autorisation médicale de reprise des rapports sexuels ou une psychothérapie de soutien à une reconstruction vaginale ou mammaire ou à un implant pénien. Malgré l'établissement de nombreux nomogrammes, l'évolution de la maladie cancéreuse n'est jamais totalement prévisible. Cette part d'incertitude (ce savoir « qu'on ne sait pas » tant du soignant que du soigné) associée à l'angoisse sous-jacente de la rechute représente une épée de Damoclès susceptible d'interférer à plus ou moins long terme sur la dynamique du couple et sur sa vie sexuelle, 3) **place singulière de la iatrogénie sexuelle** qu'elle soit directe (les cancers génitaux représentant déjà près de deux tiers de l'ensemble des cancers) ou indirecte (effets secondaires ou séquelles fonctionnels et / ou esthétiques des traitements). Toute modification biologique anatomique à type de stomies, d'amputation totale ou partielle du sein, de la verge... ou physiologique notamment en cas de traitement hormonal (« castration chimique » du cancer de prostate !) peut plus ou moins sévèrement entraver le fonctionnement sexuel du couple même si le désir reste présent chez le patient ou le partenaire. Les nombreux effets secondaires (fatigue et/ou douleurs chroniques, perte de cheveux, nausées...) sont souvent peu compatibles avec la poursuite ou à la reprise d'une activité sexuelle d'autant plus que des réactions émotionnelles négatives (à type d'anxiété, de stress, de colère, d'angoisse, de dépression...) peuvent être présentes chez le patient et aussi chez le partenaire. Ainsi, une mutilation (stomies, amputations) peut poser autant, voire plus de difficultés chez le partenaire pour divers motifs (appréhension, rejet, pudeur...). Le soignant doit insister sur la nécessité d'un travail de deuil et faciliter l'acceptation des séquelles par le patient et le couple en sachant que leur vécu peut différer considérablement selon les individus et le sexe. Par exemple, les femmes sont plus sensibles que les hommes à l'image corporelle d'avantage préoccupés par leur capacité érectile. Le fait d'aborder la question précocement lors de la phase initiale de la maladie est un facteur important. La place singulière de la prise en charge oncosexologique tant individuelle que du couple est clairement illustrée par l'enquête « deux ans après » qui montre que le sentiment de guérison est le plus souvent liés à la perception d'être en bonne santé, à une bonne qualité de vie et au sentiment d'un retour à la normale (vie sociale et sexuelle). L'enquête « Deux ans après » (Cases) a ainsi montré que les principaux facteurs délétères pour la sexualité ont été : a) soit communs à l'homme et à la femme incluant la gravité de la maladie cancéreuse, le pronostic défavorable, les effets directs et indirects des traitements (notamment la chimiothérapie et les séquelles gênantes), la consommation de psychotropes et l'inactivité sexuelle, b) soit plus spécifiques à chaque sexe avec un manque de soutien psychologique lors du diagnostic et les sentiments d'attitudes de rejet liées à la maladie chez les femmes, l'insatisfaction par rapport aux informations fournies par l'équipe médicale chez l'homme.

Quelles sont les particularités de la prise en charge de la problématique sexuelle du couple en cas de cancer ?

1) Les outils thérapeutiques utilisés à la problématique du couple hors cancer conviennent aussi à la problématique liée au cancer.

Sur de nombreux points, la problématique sexuelle liée au cancer diffère peu de celle non liée au cancer. Par conséquent, les mêmes règles de prise en charge « sexologique » s'appliquent tant au niveau du couple que des individus. Dans tous les cas, le traitement (curatif ou préventif) doit être adapté à la problématique sexuelle du couple : a) qu'elle se situe chez le sujet malade et / ou le partenaire, b) qu'elle soit simple (problème d'information, d'anxiété ou d'éducation thérapeutique) ou plus complexe (maladies psychiatriques, troubles de la personnalité, « conjugopathies » préexistantes aggravés par des difficultés de communication, syndromes anxiodépressifs, c) qu'il s'agisse d'une prise en charge « technique » (problème de stomie, d'incontinence, de chirurgie réparatrice à type d'oncoplastie mammaire ou palliative à type de prothèse pénienne...). L'arsenal thérapeutique intègre ainsi de multiples traitements aidant à résoudre la problématique sexuelle du couple. Ces traitements peuvent être à **visée étiologique** incluant : a) le recours à des psychothérapies et / ou sexothérapies domaine du sexologue, du psychologue ou du psychiatre selon la sévérité ou la complexité du trouble (identitaire, conjugopathie, dépression récidivante...), b) la prise en charge des multiples morbidités chroniques et / ou mauvaises

hygiènes de vie (stress ou fatigue chroniques, dette de sommeil, addictions...) qui favorisant la survenue et / ou le maintien des dysfonctions sexuelles tant chez l'homme que chez la femme, c) plus rarement une chirurgie réparatrice. Ils peuvent être **uniquement à visée symptomatique** via la prescription d'inhibiteurs de la PDE5 ou d'injections intracaverneuses de PGE1 (remboursés en cas de cancer pelvien) en cas de dysfonction érectile chez l'homme, de crèmes trophiques vaginales en cas de sécheresse ou encore de traitements hormonaux (après chirurgie ovarienne ou testiculaire), etc...

2) Nécessité dans tous les cas d'une prise en charge globale

Dans tous les cas, la prise en charge doit être globale que la maladie soit cancéreuse ou non, le sujet ou le couple jeune ou âgé. La sexologie et la cancérologie exigent une approche technicienne mais aussi humaniste imposant à tout soignant (médecin ou non) de prendre en charge une personne malade et non une maladie. Cette approche globale implique une étape préalable commune incluant : a) l'évaluation systématique du profil de risque ou de vulnérabilité du couple (et individuel) dans ses dimensions biologiques, psychologiques, socioculturelles, environnementales (rôle primordial du partenaire +++) et existentielles afin de préciser au mieux la réalité de leur vie sexuelle, leurs attentes et demandes, la ou les problématique(s) sexuelle(s) en cause (information, dysfonction(s)...), b) un volet d'information et de réassurance compte tenu de la fragilisation des individus et des couples liée à la fois au cancer, aux difficultés sexuelles et au trop-plein d'informations (cancer, traitements, éventuels effets secondaires ou séquelles avec leur prise en charge). Une fois, l'information « digérée » c'est-à-dire comprise et acceptée, une étape spécifique de traitement véritablement « à la carte » est indiquée. Ce traitement doit être « sur mesure » si possible, c'est-à-dire adapté aux dysfonctions sexuelles diagnostiquées, au patient ainsi qu'au couple avec l'objectif d'éviter le désengagement sexuel ou de favoriser la réinsertion sexuelle. Dans tous les cas, remettre du désir et du plaisir tout en respectant la liberté et la dignité des individus doit être un souci permanent tout le long du parcours de soins. La prise en charge des diverses dysfonctions sexuelles nécessite de suivre les consensus et les recommandations des Sociétés Savantes. Elle nécessite également la participation des divers soignants intervenant dans la prise en charge de la santé sexuelle, qu'il s'agisse de sexologues, de psychologues, de stomathérapeutes, de conseillers conjugaux, d'assistantes sociales, de médecins (généralistes ou spécialistes d'organes). L'importance de la prise en charge des séquelles, des effets secondaires et du soutien psychique et social est bien mise en exergue par l'enquête « Deux ans après » (Cases).

3) Rareté d'une double compétence oncosexologique

La prise en charge tant du cancer que des difficultés sexuelles, qu'elles soient ou non liées au couple, peut être difficile et relever de la pratique confirmée d'un soignant de 1^{ère} ligne et parfois, de l'expertise d'un référent en cancérologie ou en santé sexuelle. Si le Plan Cancer a donné une bonne lisibilité pour les niveaux de compétence via l'accréditation et la structuration de l'offre de soins oncologique, c'est loin d'être le cas en sexologie où l'offre de soins reste encore mal identifiable malgré les efforts des Sociétés Savantes et du syndicat des sexologues. La réalité de la pratique quotidienne est que non seulement, la double compétence oncologique et sexologique est réellement une exception, mais la prise en charge oncosexologique de 1^{ère} intention n'est pas ou mal assurée dans de nombreuses régions en France. Dans la majorité des cas, les soignants s'occupant de cancer n'ont qu'une connaissance très limitée sur la santé sexuelle et ses troubles (et encore plus sur l'approche sexologique du couple) car le traitement du cancer nécessite souvent une haute technicité, domaine d'un spécialiste d'organe et / ou d'un oncologue médical ou radiothérapeute. Sauf cas particulier, les rares soignants ayant une connaissance oncosexologique sont urologues, gynécologues et psycho-oncologues mais avec des niveaux de sensibilisation très divers. Pourtant, aider à résoudre les problèmes émotionnels tels que la perte de désir et d'intimité (qu'elle soit directement ou non liée à la maladie ou simple conséquence), conseiller sur les « petits » moyens facilitant la vie sexuelle en cas de stomies... devraient faire partie intégrante de tout parcours de soins en cancérologie. Par conséquent, les soignants s'occupant d'oncologie doivent être mieux formés sur les particularités liées à la maladie cancéreuse en recevant une formation sur la maladie et ses traitements afin de les aider à comprendre ce que vivent les patients (notamment le retentissement sexuel sur le sujet malade et sur le couple). Parallèlement, les sexologues doivent mieux connaître les particularités (liées ou non à la sexualité) de la maladie cancéreuse. L'oncosexologie s'inscrit ainsi tout naturellement dans l'approche humaniste de prise en charge du cancer largement plébiscitée

par les patients lors des Etats Généraux du cancer. D'après la logique du Plan Cancer, l'oncosexologie relève des soins de support qui sont précisément caractérisés par l'organisation et la coordination entre soins spécifiques et non spécifiques du cancer dans le contexte des « droits des malades ». Cette organisation doit se traduire par la possibilité de recevoir des soins et un soutien pour lui-même et ses proches ainsi qu'un accès à des services et/ ou des professionnels facilement accessibles. Pour la personne malade, le but des soins de support est de mettre en œuvre un dispositif de soutien individualisé pour le malade et ses proches pour améliorer la qualité de vie que l'on soit dans une approche curative, palliative ou au stade de la guérison de la maladie. Mais, force est de constater que l'intégration de l'oncosexologie reste encore l'exception puisque à notre connaissance, l'hôpital de Chambéry est l'un des rares à avoir déjà intégré l'oncosexologie dans sa structure de soins de support dans un dispositif de consultations intégratives. Cette offre de soins est désormais identifiée par les patients et les professionnels de santé sous l'identifiant « consultations SAICSSO » (Sexologiques d'Aide Individuelle et des Couples en Soins de Support Oncologique). La littérature et nos enquêtes (ESSM 2007 et 2008) indiquent que l'origine est probablement plus la conséquence d'un déficit d'intérêt et de compétences que d'une véritable résistance de la part du monde soignant encore mal sensibilisé à la santé sexuelle et à son importance dans la qualité de vie. Ces lacunes mettent en avant toute l'importance d'une meilleure sensibilisation et / ou formation « oncosexologique » des multiples soignants susceptibles d'intervenir aux divers niveaux du parcours de soins (médecin généraliste ou spécialiste, infirmières spécialisées ou non, radiophysiciens, stomathérapeutes, psycho-oncologues, sexologues...).

4) Place particulière du traitement préventif

Si le traitement curatif (quelle que soit la méthode utilisée) peut être indiqué tout au long du parcours de soins, un bon nombre de difficultés sexuelles peut être minimisé voire évité compte tenu de l'impact négatif très souvent prévisible du cancer et / ou de son traitement sur la sexualité du couple qui n'est pas du tout une fatalité. Cependant, dans la prévention comme dans le traitement, la chronologie de l'information est particulièrement importante en cas de cancer où il faut toujours tenir compte de la réceptivité du patient et du couple. A la phase initiale, la prévention de la problématique sexuelle du couple et de l'individu passe par une information claire, bien adaptée à la réalité de la vie sexuelle et aux attentes et demandes du sujet malade et du couple. Le cancer de prostate est un bon exemple puisque la santé sexuelle et les demandes de vie sexuelle du patient et du couple sont des paramètres qui interviennent souvent dans les critères initiaux de choix du traitement. En cas de chirurgie radicale, diverses techniques de préservation nerveuse chirurgicale et de rééducation pharmacologique sont d'ores et déjà couramment utilisées avec succès. Compte tenu de la fréquence des séquelles sexuelles et de la demande d'une majorité de patients, un dialogue sur la santé sexuelle et ses troubles n'est jamais intrusif ou déplacé lors des différentes étapes de la maladie cancéreuse. Au contraire, c'est un véritable acte de prévention qui permet de dépister les éventuelles difficultés sexuelles et de les prendre en charge en cas de souffrance. Pour toutes ces raisons, il est important d'impliquer tous les soignants car l'éducation thérapeutique oncosexologique concerne à la fois le soignant mais aussi le patient et sa proximologie. L'emploi de divers outils (par exemple brochures spécifiques de type SOR éditées par la Ligue contre le Cancer, site de l'INCA...) et le recours aux associations de patients (AFACS association française de l'après-cancer du sein, Fédération des stomisés de France, Ligue contre le Cancer...) et aux groupes de paroles (notamment en cas de cancer du sein et de stomies) sont souvent très utiles car ils facilitent indiscutablement l'information, la sensibilisation et l'acceptation des difficultés sexuelles.

Que conclure ?

En cas de cancer, la demande fréquente d'information de l'impact sur la sexualité des individus et des couples légitime le dialogue et la prise en charge de la santé sexuelle et de ses difficultés par les professionnels de santé. La quasi-totalité des outils thérapeutiques quotidiennement utilisés dans la pratique sexologique peuvent l'être également en cas de problématique du couple liée au cancer. Néanmoins, la prise en charge du couple confronté au cancer se distingue par : a) la place particulièrement importante de l'iatrogénie que le cancer soit d'origine génitale ou non, b) un impact symbolique très spécifique où se mélange diversement Thanatos, Eros et Chronos, c) l'absence de prise en charge bien structurée et un déficit de compétences onco-sexologiques d'où une inégalité d'accès aux

soins malgré de récents progrès, d) le rôle très utile de la prévention via l'information et l'éducation thérapeutique indispensable à toutes les étapes du parcours de soins pour limiter les troubles sexuels ou faciliter leur correction.

RÉFÉRENCES

Lire quatre dossiers récents parus sur « Sexualité et cancer » dans les revues francophones Louvain Médical, Psycho-oncologie et Sexologies :

- a) Psycho-oncologie 2005 ; 3 : pp 139-206. Colloque « *Cancer et sexualité* » 21-22 mai 2005. Coordonnateur E Marx.
 - b) Louvain Médical : 2006 ; 125 : S421- S486. *X^e symposium du centre pathologie sexuelle masculine (CPSM)*. Coordonnateur RJ Opsomer.
 - c) Psycho-oncologie, 2007, vol. 1 ; n°4, décembre 2007 : pp 211-310. *Cancer et sexualité* ; XXIV^e congrès de la Société Française de Psycho-Oncologie 19-20-21 décembre 2007). Coordonnateur E Marx.
 - d) *Sexologies: Cancer et fonction sexuelle* 2007 ; 16 : 263-318. Coordonnateur L Incrocci.
- ADSHEAD J, KHOUBEHI B, WOOD J, RUSTIN G : *Testicular implants and patient satisfaction : a questionnaire-based study of men after orchidectomy for testicular cancer*. BJU International 2001; 88: 559-62.
 - AMSTERDAM A, CARTER J, KRYCHMAN M: *Prevalence of psychiatric illness in women in an oncology sexual health population: a retrospective pilot study*. J Sex Med 2006; 3: 292-5.
 - AUBRY R : *Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux*. Rev Prat 2008 ;58 : 1489-93.
 - BARRUEL F : *Quel accompagnement possible des nouveaux dispositifs de santé en cancérologie ?* Psychologues et psychologies 2008 ; 203: 39-41
 - BONDIL P : *Qualité de vie, mieux-être, devoir d'information et médecine humaniste*. In P Bondil : La dysfonction érectile. Ed John Libbey Eurotext Paris 2003 : pp 63-83.
 - BONDIL P : *Les uro-andrologues*. In : C Coulangue et JL Davin. Urologie et cancer. Ed John Libbey Eurotext, Paris 2004 : pp 211-17.
 - BONDIL P, HABOLD D: *Cancer and sexual problems: awareness and skills among health professionals of general hospital: preliminary results*. J Sex med 2008; 5 (suppl 2): PP -10-282 p 135.
 - BONDIL P, HABOLD D, DAMIANO T: *Cancer and requests for specific sexual health care; two prospective investigations in a standard urology consultation*. Poster au congrès ISSM-ESSM Bruxelles décembre 2008.
 - CASES C : IRDES Données DREES. *Enquête « Deux ans après le diagnostic » de mars 2008 : les conséquences du cancer sur la vie privée : idées des proches, vie de couple, sexualité, projets parentaux*. www.e-cancer.fr
 - CHIAPPA P, KELLER P, GENDRE I et al. : *Y a-t-il des spécificités psychologiques dans le vécu et la prise en charge des patients atteints de cancer colorectal ? Une expérience alsacienne*. Psycho-oncologie, 2008 ; 2 : 158-163.
 - COLOMBAT P, ANTOUN S, AUBRY R et al : *A propos de la mise en place des soins de support en cancérologie : pistes de réflexion et propositions*. Médecine Palliative 2008 ; 7 : 315-23.
 - DAVIES NJ, KINMAN G, THOMAS RJ, BAILEY T: *Information satisfaction in breast cancer and prostate cancer patients: implications for quality of life*. Psycho-oncology 2008; 17: 1048-52.
 - DOLBEAU S ET HOLLAND JC : *Vingt-cinq ans de pratique psycho-oncologique à New-York: une rétrospective*. Bull cancer 2008 ; 95 : 419-24.
 - GUÉNOT JY et CUZIN E : *Cancer du sein : des femmes témoignent*. Ed Grand Public Santé, Ed Manise 2005.

- FAINZANG S : *Les malades atteints de cancer et l'information : un autre regard sur la question*. Bull cancer 2007 ; 94 : 313-5.
- INCROCCI L: *Cancer and sexual function*. Curr Urol 2007; 1: 11-17.
- Institut national du cancer (INCA) : www.e-cancer.fr
- International Society for Sexuality and Cancer (ISSC). www.issc.nu
- LAGRÉE J : *Patient*. In Dictionnaire de la pensée médicale. D Lecourt Ed..PUF Paris, 2004 : pp 845-51.
- NEESE LE, SCHOVER LR, KELIN EA, ZIPPE C, KUPELIAN PA: *Finding help for sexual problems after prostate cancer treatment: a phone survey of men's and women's perspectives*. Psycho-oncology 2003; 12: 463-73.
- PELLETI C : *Psychologie dans le champ de la cancérologie : de la nécessité d'une position d'écart*. Psychologues et psychologies 2008 ; 203: 36-8.
- PÉROL D, TOUTENU P, LEFRANC A et al. : *L'éducation thérapeutique en cancérologie : vers une reconnaissance des compétences du patient*. Bull cancer 2007 ; 94 : 267-74.
- QUERLEU D, GLADIEFF L, MERY E, FERRON G, RAFII A : *Préservation de la fertilité dans les cancers gynécologiques*. Bull Cancer 2008 ; 95 : 419-24.
- SCHOVER LR : *Counselling cancer patients about changes in sexual function*. Oncology; 1999; 11: 1585-90.
- SCHRAUB S ET MARX E: *Brochures Sexualité et cancer pour l'homme et pour la femme, téléchargeables sur Ligue contre le cancer* : www.ligue-cancer.net
- SOR Savoir patient : *vivre pendant et après un cancer*. : www.e-cancer.fr
- SOR savoir patient : *Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer*. www.e-cancer.fr
- SURUGUE P, LECOURT E : *Groupes de paroles et cancer du sein : une expérience de sept ans*. Revue Psychothérapie Psychanalytique de groupe 50. décembre 2008 : pp175-184
- Tazi Z : *Sexualité et cancer, la fin des tabous ?* Les Proches 2008 ; 7 :8-17.

LES COUPLES ÂGÉS

Gérard RIBES

Professeur de Psychologie,
Laboratoire Santé Individu Société (EA 4129)
Université de Lyon Institut de psychologie
5, Avenue Pierre Mendès-France
FRANCE 69676 BRON CEDEX
gerard.ribes@univ-lyon2.fr

Qui se sent vieux ? Personne ! Et pourtant, on constate que la proportion de demandes de thérapie par des couples ayant dépassé les 65 ans est faible. Les chiffres habituellement trouvés sont de l'ordre de 2 % de l'ensemble des demandes de thérapie conjugale. Comme pour les prises en charge individuelles chez les seniors, la question du « trop tard » est souvent posée. La vision de l'inéluctable, l'idée que l'on ne change plus lorsque l'on est âgé, la crainte de s'engager dans un processus qui va remobiliser des souffrances, la perspective d'une rupture potentielle sont autant de freins au démarrage d'une thérapie chez les couples âgés. On peut légitimement se demander si ces résistances n'ont pas pour écho celles des sexologues face à des problématiques qu'ils maîtrisent mal et des représentations très en lien avec les représentations sociales ; faisant de la sexualité des âgés au mieux une « originalité » de quelques-uns et au pire une « anormalité » à la limite des comportements déviants.

La connaissance des mécanismes relationnels et la compréhension des difficultés des couples « adultes » a évolué. A l'inverse l'effet de l'âge sur la relation est encore quasiment inconnu. Nos outils, notre approche sont très empreints de ce que nous savons vis-à-vis des générations antérieures. N'est-ce pas un biais important ? On pourrait rétorquer que faire cette différence c'est créer un ghetto, c'est isoler une tranche d'âge et que l'existence n'est qu'un continuum.

C'est faire fit des réalités de l'âge. Vieillir c'est un corps qui change et renvoie une image de soi différente qu'il faut s'approprier. Ce corps évolue dans ses réactions, dans sa sensibilité, dans sa réceptivité. C'est aussi une évolution des mécanismes psychologiques avec ce temps important que de nombreux auteurs nomment « la crise de la sénescence » et que la pression sociale tant à gommer car il est important de « faire jeune ». Vieillir pose aussi la question du rôle social, élément souvent survalorisé et qui participe pour beaucoup à l'image et l'estime de soi. Enfin, comme nous l'avons évoqué, la question de la temporalité avec la question de la mort est le pilier central qui axe cette étape de l'existence.

Outre ces dimensions individuelles, la conjugalité prend une place de plus en plus importante. L'évolution de la longévité masculine fait reculer (doucement) le veuvage féminin. Nous nous trouvons confrontés à des couples de très longue durée où la question du désir est souvent posée, ou le lien entre sexualité et attachement et encore peu explorés. À l'opposé, nous voyons de plus en plus de « nouveaux couples » de sexagénaires et plus. L'on peut penser que l'arrivée en force de la génération post 68 va renforcer ce mécanisme d'apparition récente. Il semble important de comprendre ce qui peut être mobilisé chez les individus et structuré dans ces couples qui mélangent à la fois nouveauté (du couple) et ancienneté (de l'âge) avec toutes les traces voire les stigmates d'une existence.

Notre réflexion est encore une ébauche. Nous avons noté des axes qui nous semblent importants à travailler avec les couples en crise adaptative. Nous retenons actuellement :

- L'espace personnel : La retraite rompt souvent le rythme de présence ou d'absence dans lequel chacun s'était construit au sein du couple. Recréer un espace personnel passe par la création d'une distance entre les conjoints, en essayant de restituer à chacun des temps différents hors du foyer

conjugal. Ces temps permettront de dé-focaliser par un investissement extérieur et de recentrer chacun sur sa propre dynamique.

- Les représentations du conjoint : C'est sortir de l'illusion que l'autre peut changer. Pouvoir entendre qu'il peut évoluer se fait en essayant de faire émerger, à travers l'histoire du couple, les dimensions positives et évolutives du fonctionnement de chacun.

- La prise en compte du vieillir de chacun : Permettre, voire obliger, chacun des membres du couple à parler de lui, à exprimer son propre vécu est une autre manière de défocaliser et de recentrer sur la gestion individuelle du vieillir et permet à l'autre d'entendre les limites, les efforts, les craintes de son conjoint.

- L'intimité physique : Même si ce mouvement se retrouve à toute époque de la vie d'un couple lorsqu'apparaît une crise, ce mécanisme est d'autant plus présent dans les couples âgés. Parler de la proximité physique, autoriser un rapprochement lorsque chacun, pris dans sa pudeur, n'ose plus faire le premier pas, c'est permettre au couple, de renouer une communication dans un autre registre que le verbal.

Pour ce qui est de la sexualité

- Une éducation à la sexualité : Comprendre, pour l'agé, les changements normaux de son corps, en ce temps où la question du normal et du pathologique sont en intrication constante, est une première étape nécessaire.

- La tendresse et l'attention : Intégrer une dimension sensuelle pour ces couples qui ne se touchent plus au quotidien, qui expriment même une gêne au contact physique dans cette perte d'intimité que nous évoquions précédemment, c'est situer la sexualité dans une approche plus globale que la seule génitalité.

- La sensualité : L'évolution de la sexualité des couples peut amener à des stéréotypes sexuels ou la génitalité est au premier plan. Les couples se retrouvent sur un plus petit commun dénominateur ou la peur de « l'échec », l'ennui évacuent toute une dimension sensuelle.

- La séduction : Que reste-t-il à conquérir quand tout semble acquis ? La rupture de la représentation sociale liée à la retraite peut entraîner un laisser-aller peu propice à l'érotisation de la relation.

- L'évolution des schèmes de la relation sexuelle : C'est permettre au couple d'explorer une globalité des sens. Dans cet univers de la retraite où tout peut être semblable, comment vont s'installer les temps de sexualité ?

- La place du romantisme : Dans cette période de la vie où la question des rôles sexuels est moins importante, où la radicalisation des tâches s'estompe, les couples peuvent se retrouver sur une médiane relationnelle et sexuelle, sorte de syncrétisme du masculin et du féminin.

Enfin, il est important de comprendre les peurs et les interrogations qu'expriment les « nouveaux couples » ou cette rencontre, ces nouveaux investissements réinterrogent les questions du lien, de l'investissement affectif ou du corps.

MOTS CLEFS : Vieillissement ; Couple âgé ; Thérapie conjugale ; Sexothérapie.

RÉFÉRENCES

- BONDIL P., *Vieillissement sexuel : mythes et réalités biologiques*. Sexologies, 2008, 17, 152-173.
- COLSON M-H. *Sexualité après 60 ans, déclin ou nouvel âge de vie ?* Sexologies, 2007;16:91-101.
- COLSON M-H. *Âge et intimité sexuelle*. Gérontologie et Société, 122, 2007,63-84.
- RIBES G., ABRAS-LEYRAL K., GAUCHER J. *Le couple vieillissant et l'intimité*. Gérontologie et Société, 122, 2007,41-62.
- RIBES G., GAUCHER J., ABRAS-LEYRAL K. *Thérapie conjugale, thérapie sexuelle des couples âgés*. Sexologies, 2008, 17, 174-183.
- RIBES G. préface P. Costa, *Sexualité et vieillissement*. Chronique Sociale, Lyon, 2009.

PENSÉE OPÉRATOIRE ET IMAGINAIRE ÉROTIQUE : UTILISATION EN THÉRAPIE

Jean PEYRANNE

Médecin sexologue
6 place de la Borie - 46200 Souillac
j.peyranne@free.fr

Le couple qui consulte est bien réel, qu'il soit en devenir, en pleine maturité, ou en cours de séparation.

Le symptôme de l'un ou de l'autre, de l'un qui fait porter à l'autre, de celui qui en souffre, plus rarement le symptôme commun aux deux, est lui aussi bien réel.

La première solution est d'envisager en thérapie cette réalité où le fonctionnement a pris le pas sur la capacité d'invention, selon une intelligence qu'on pourrait qualifier d'opératoire.

Mais en même temps, nous le savons, et J.G.Lemaire nous l'a bien démontré l'an dernier, le couple est une collusion de désirs et de défenses, au delà du rationnel, une rencontre de deux intimités qui ne se définissent que par rapport à l'autre, à une extériorité... « L'intimité la plus grande...pour la bonne raison que l'autre n'existe que pour lui faire abri... c'est l'autre qui fait l'extimité... » nous dit Lacan.

Au total, faut-il prendre en charge l'un ou l'autre dans le couple, ou la relation elle-même, ou bien la représentation de l'un, de l'autre, du couple lui-même ? Sommes-nous amoureux de l'autre, de la relation elle-même ? Sommes-nous en souffrance de nous-mêmes, de l'autre, de la relation ?

Pour le sexologue, quelle que soit la demande, celle-ci fait toujours poser la question de l'identité, du rapport à l'autre et de l'érotisme. Et l'érotisme parle du temps, parle du désir, l'érotisme parle du symbolique et de l'imaginaire.

Ce sera l'enjeu de ce forum : entre, d'une part un fonctionnement et une pensée opératoire définie selon Pierre Marty comme une organisation psychique de l'esprit caractérisée par un discours s'en tenant aux faits, à la raison, d'où le fantasme est exclu, et d'autre part un imaginaire érotique, comme moyen de décodage et comme outil thérapeutique, où se situer ?

Où situer le corps entre pensée sublimatoire et pensée opératoire ?

Que faire quand l'inconscient n'est plus représenté ou représentable ?

Comment travailler la fantasmagorie ? du couple ou en couple ? bénéfices et dangers ?

Et pour reprendre G.Abraham, toujours aux Assises de Sexologie de l'an dernier, sur la durabilité de la sexualité du couple, rappelons que « le couple » en physique se définit par son moment, « le moment du couple », mot qui a la même origine que mouvement : passer d'une durée de coexistence à une durée dynamique, comme perspective où émotions et érotisme tantôt se lient, tantôt s'éloignent, n'est-ce pas croire que le seul couple qui existe c'est « le couple imaginaire » ?

RÉFÉRENCES

- BOUCHARD R. Présentation « Sexoanalyse individuelle et sexoanalyse de couple » Séminaire de Dénia, Espagne, 1997
- D.DONADEBIAN ; « la pensée opératoire » Psychiatrie française. Janv 1993 .N° 1 vol 24. Page 71-77
- LACAN « de l'un à l'autre » Séminaire XVI.

- MARTY P. essai d'Economie Psychosomatique Tome I.Tome II.Paris Payot 1976
- MARTY P., de M'Uzan, 1963, « *la pensée opératoire* », revue française de psychanalyse, 27,N° spécial, pp.345-356
- PEYRANNE J. Présentation » « *L'imaginaire du couple ou le couple Imaginaire* » Journée du Cifres. Toulouse Dec 2007
- PIAGET. *Psychologie de l'intelligence*. Edition armand Collin 1988. Collection Uprisme
- PIAGET. *Psychologie et Pédagogie*. Gallimard Folio 1994

Résumés des **posters**

PSEUDOHERMAPHRODISME ET DIFFICULTÉ SEXUELLE

Souad BOUDILMI

Psychologue Clinicienne
Secteur sanitaire d'Alger
souad_boudilmi@hotmail.com

Objectif

L'objectif est de montrer les difficultés sexuelles liées aux troubles de l'identité sexuée et l'impact de ces troubles sur le choix sexuel chez deux personnes souffrant d'ambiguïté sexuelle ; Djidjiga (devenue Samir) et Nassima (devenue Nassim), âgés respectivement de 33 et 22 ans. Les deux individus ont vécu depuis leur naissance en tant que femmes, dans une famille Kabyle qui se niche en haut d'une montagne, alors que ce sont deux garçons. Nous souhaitons montrer le rôle d'un sexologue à prendre en charge un trouble d'identité particulier et son impact sur la sexualité du couple. A travers cette étude nous montrons le devenir de la sexualité de deux patients « dit spéciaux ».

Méthodologie

Une étude comparative a été effectuée auprès des deux cas, avant et au cours de la prise en charge chirurgicale, psychologique, familiale et sexologique. Les deux patients furent examinés à l'aide du test de Rorschach (test et retest). Djidjiga et Nassima (prénoms avant la prise en charge) ont été admis dans le service d'endocrinologie pour prise en charge d'un pseudohermaphrodisme masculin. La prise en charge a duré quatre ans et suit son cours à ce jour.

Résultats

Le premier test de Rorschach montre des troubles profonds et une ambiguïté de l'identité sexuée, une confusion des rôles sexuels. Les entretiens sexologiques avant la thérapie révèlent une confusion des choix sexuels chez les deux patients et des difficultés sexuelles.

Conclusion

Les deux personnes en souffrance, vivant si longtemps dans le paradoxe de leur corps et leur psychisme ont devenues au cours de la prise en charge Samir et Nassim, deux hommes sans ambiguïté sexuelle. Au niveau intra psychique, le retest du Rorschach montre l'impact de la psychothérapie familiale et de la sexothérapie sur leur développement identitaire. Le travail sexologique suit son cours au niveau des difficultés sexuelles.

MOTS-CLÉS : Pseudohermaphrodisme, identité sexuée, choix sexuel, difficulté sexuelle.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ACIMI S., (2004), *Ambiguïté sexuelle*, OPU, Alger.
2. BOUDILMI S., (2005), *Le paradoxe de l'identité sexuée gardien de l'homéostasie familiale*, mémoire de DU sous la direction de Madame F.Moussa.
3. BOUDILMI S., (2006), *Evaluation d'une psychothérapie familiale de deux cas atteints d'hermaphrodisme test et retest du Rorschach*, mémoire de DU sous la direction de Madame F.Moussa.
4. GILLES T., (2003), *Les dysfonctions sexuelles*, Québec, P.U.Q, (2ème édition).
5. LOPÈS P et POUDAT F.X., (2007), *Manuel de sexologie*, Paris, Elsevier.
6. STOLLER R., (1985), *Masculin ou féminin ?* Paris, PUF.

LE DÉSIR D'ENFANT N'EST PAS UN STIMULANT SEXUEL

*C. TOMASZEWSKI¹, S. VIENNET², C. BUSSELOT¹,
S. ROTHENBURGER², F. GUILLET-MAY¹*

1- Service d'Aide Médicale à la Procréation CHU de Nancy .
f.guillet-may@maternite.chu-nancy.fr

2- 2^{ème} secteur de Psychiatrie Infanto-Juvenile Centre Psychothérapique de Nancy
sophie.rothenburger@cpn-laxou.com

Objectif

Importance de prendre en compte la problématique sexuelle du couple confronté à une infécondité.

Matériel et méthode

A partir d'expériences cliniques de couples consultant en AMP et présentant des difficultés sexuelles, nous avons effectué une revue de la littérature.

Discussion

Lorsque le projet d'être parent n'aboutit pas, la sexualité du couple peut être bouleversée, elle devient un moyen et non un but en soi.

Il est retrouvé dans la littérature que le désir d'enfant n'est pas un stimulant érotique.

Chez la femme inféconde, il apparaît souvent avec le temps une diminution du désir érotique au profit du désir d'enfant, une augmentation de l'initiative sexuelle et de la fréquence des rapports périovulatoires. La sexualité n'est alors plus que procréation mécanique.

La perte du désir, du plaisir, de la spontanéité aboutit à une situation paradoxale : plus le couple désire un enfant moins il fait l'amour.

Quelque soit le devenir de l'infertilité, les études retrouvent une altération de la satisfaction sexuelle, essentiellement du plaisir. L'échelle GRISS (Golombok- Rust Inventory of Sexual Satisfaction) montre une diminution qualitative plus que quantitative des rapports sexuels dans le couple et le plus souvent de façon irréversible.

Lorsque la prise en charge de l'infertilité est débutée (bilans, examens), les interventions médicales, assimilées à une soumission parentale, légitiment cette dérive du comportement sexuel prescrivant le rapport sur commande.

L'aide médicale à la procréation, en voulant répondre à ce désir d'enfant, permet l'échappement de la sexualité non procréatrice à la procréation hors sexualité.

Dans le vécu de la femme infertile, l'angoisse prédomine quelque soit l'étiologie : angoisse de finitude, de l'incapacité, de manque. Si l'origine est féminine, la culpabilité pèse d'avantage. Indépendamment de l'étiologie, le corps de la femme devient l'objet de toutes les investigations et traitements en AMP. Ce corps est morcelé, médicalisé, malmené.

L'homme est lui plus affecté s'il est à l'origine de l'infertilité. L'image de soi est perturbée. L'homme, qui s'identifie parfois à ses organes et sécrétions est dans la confusion entre infertilité et impuissance. Il peut aller jusqu'à remettre en cause son identité sexuelle masculine avec une chute importante de l'estime de lui-même.

La prise en charge en AMP, avec la nécessité de rapports ou de recueil de sperme sur commande, peut

aggraver une angoisse de performance, pouvant aller jusqu'à la dépression.

Afin de restaurer cette estime de soi, l'homme peut se surinvestir dans le protocole d'AMP (manager les courbes de température et les traitements,...), mais il peut également chercher à regagner cette estime de lui-même lors de relations extra-conjugales.

Il doit faire preuve de prouesses pour éviter la « castration ».

La technique est vécue comme une alliée et une intrusion.

C'est pourquoi il semble indispensable que le personnel soignant soit informé du ressenti des patients, puisse être à l'écoute et aborder le couple dans sa double dimension somatique et sexuelle. Au besoin, il doit savoir faire appel aux spécialistes et vaincre ses propres craintes à aborder le sujet.

Cependant les résistances demeurent importantes au sein même des équipes anciennement instaurées. Il semble essentiel que les soignants soient eux même convaincus de leur légitimité à interroger les couples sur leur sexualité afin que ces derniers puissent l'évoquer sans crainte ni tabou.

Conclusions

Qu'ils soient causes ou conséquences les troubles de la sexualité sont fréquents en situation d'infertilité.

Il est à noter que cet ajustement sexuel au sein du couple peut perdurer, à long terme, même en cas de grossesse et de désir de parentalité assouvi.

Le dialogue sur la sexualité au sein du couple ne devrait pas être considéré comme intrusif ou déplacé, mais comme un véritable acte de prévention par les équipes soignantes.

Ceci démontre la nécessité d'une formation des équipes soignantes rencontrant les couples désirant un enfant, pour permettre un dépistage systématique et une prise en charge adaptée des troubles sexuels.

MOTS CLÉS

- Désir d'enfant - Sexualité - Infertilité - Libido - Impuissance

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES PRINCIPALES

- OHL J, et al. *Impact de l'infertilité et de l'assistance médicale à la procréation sur la sexualité*. Gynecol Obstet Fertil 2008 ;
- GAMET M-L. *A propos d'une étude sur la sexualité des femmes et des hommes pendant la grossesse issue d'une assistance médicale à la procréation*. Sexologie (2008) 17, 102-112
- CHEVRET-MÉASSON M. *Le vécu de l'homme infertile* J Gynecol Obstet Biol Reprod 2007 ; 36 : S89-S91
- COEFFLIN-DRIOL C, et al. *L'impact de l'infertilité et de ses traitements sur la vie sexuelle et la relation de couple : revue de la littérature*. Gynecol Obstet Fertil 32 (2004) 624-637
- MIMOUN S. *Traité de gynécologie-Obstétrique psychosomatique* 113-162

SEXUALITÉ ANATOMIQUE ET PSYCHOLOGIQUE

Charles LENCK

Membre titulaire de l'AIHUS et de la SFSC

Maternité du centre hospitalier.

Avenue du Dr Roulet.

19200. Ussel.

ch.lenck@chussel.fr

L'auteur pose les hypothèses suivantes :

- Si **l'inconscient est le conscient d'avant le verbe**,

- Si **un complexe est l'inadéquation entre le réel et le vécu**,

on peut représenter le **complexe d'Œdipe** (Schéma présenté) comme un individu adulte (le réel), mais avec un affectif d'enfant (le vécu) ; ces deux affections s'opposant.

On peut postuler que le **complexe de castration** (Schémas présentés) concerne une femme dont l'anatomie est normale (le réel) et dont la sexualité n'est pas équilibrée (le vécu).

Le poster résume à l'aide de plusieurs « petits » schémas, les principales données rendant compréhensibles les postulats énoncés ci-dessus.

Tout commence avec l'**accouchement psychique** (Schéma présenté) qui est une rupture affective entre l'enfant et la mère. En induisant un sentiment de culpabilité, elle (cette rupture affective) explique le caractère universel du complexe d'Œdipe (1). Cette proposition de l'accouchement psychique souligne l'importance de la **transparence psychique de la grossesse** (2), et la nécessité de **laisser « la fente de la sexualité psychique battre au rythme de l'inconscient »** J Lacan (3).

La **structure psychique** (Schéma présenté pour la femme et pour l'homme) visualise les trois éléments fondamentaux de la structure psychique : la **personne**, le **personnage** et la fente de la **sexualité psychique**.

Du point de vue anatomique, de la même manière qu'il existe dans le psychisme un conscient et un inconscient, **la femme est pourvue de deux vagins** : un vagin conscient et un vagin inconscient (Schémas présentés) (4).

Dans la partie consciente du vagin, sont visualisés les organes sensoriels dont le **point G** (5) (6) et le réseau intermédiaire de Kobelt (7) (Schéma présenté), ainsi que les muscles intervenant dans les contractions orgasmiques ou Réponses Motrices Orgasmiques Vaginales (**RMOV**) (8) (9) (10).

La partie inconsciente du vagin permet l'explication du phénomène ballonnisation (**érection interne du vagin**), du phénomène de **colpolalie** (émission d'air pendant les rapports) et de l'éjaculation féminine, dont la forme caricaturale est la « **femme fontaine** ».

Enfin, la notion d'**espace existentiel** (Schéma présenté) explique l'action de deux forces contraires sur la trajectoire de la vie :

- la force positive consciente ou « **le désir de l'homme** » de Spinoza(11)

- et la force négative inconsciente ou « **la partie de l'âme dépourvue de raison** » d'Aristote (12).

La **maïeuthérapie** (13) est une méthode d'accouchement psychique ayant permis à plusieurs centaines de femmes de sortir de leur immaturité affective, et de comprendre qu'une des principales causes de leurs difficultés sexuelles est **l'autocensure sexuelle** (se retenir d'aller vers un plus sexuel au cours d'un rapport). Cette autocensure, inconcevable pour l'homme, est **connue de toute femme**. En effet, la femme fait trop souvent de sa sexualité anatomique et psychologique son premier **bouc émissaire** (14), afin d'externaliser son inconscient de non valoir. Or, la maïeuthérapie fait comprendre à la patiente que le **fait de penser inconsciemment ne pas valoir, est la preuve, dans la réalité consciente, de son valoir**. Il n'y aurait donc plus besoin de se créer des boucs-émissaires !

Le nombre de patientes ayant compris notre thérapie (15), et ayant reconnu pour telle leur organisation sexuelle tant psychique qu'anatomique, autorise à penser que ces postulats et propositions reflètent bien la réalité psychique et gynécologique de la femme.

BIBLIOGRAPHIE

- 1/ « *L'Oedipe, un complexe universel* ». Ed. Sand. 1985.
- 2/ BYDLOWSKI M. « *La transparence psychique de la grossesse* ». Etudes freudiennes. 32, 1354211. 1991.
- 3/ LACAN J. « *Le séminaire. Livre XI. Les 4 concepts fondamentaux de la psychanalyse* ». Champ freudien. Ed du Seuil.
- 4/ LENCK L.CH. « *Coupes schématiques du bassin chez la femme* ». Rev Fr. Gynécol. Obstétr., 91, 11, 465-470. 1995.
- 5/ LENCK L.CH., VANNEUVILLE G. « *Sphincter urétral (point G). Corrélations anatomo-cliniques* ». Rev Fr. Gynécol. Obstétr., 87, 65-69. 1992.
- 6/ VANNEUVILLE G., LENCK L.CH, GARCIER J.M., GUILLOT M., ESCANDE G. « *Contribution of imaging to the understanding of the female pelvic fasciae* ». Surg Radiol Anat, 14, 147-154. 1992.
- 7/ KOBELT G.L. « *Die mauleichen und werblichen Wollust-Organe des menchens und liniger saugethiere in anatomisch-physiologischer. Beziehung Intersucht und dargestellt* ». In Freiburg, A. Emmerling, 1844.
- 8/ CARMICHAEL. M S and coll. « *Relationships among cardiovascular, muscular, and oxytocin responses during human sexual activity* ». Archives of Sexual Behaviour, Vol. 23, No. 1, 1994.
- 9/ LENCK L.CH. « *Evaluation fonctionnelle du périnée et Réponses Motrices Orgasmiques Vaginales* ». Sexologies.12, 46, 29-32. 2003.
- 10/ LENCK L. CH. « *Orgasmic Motor Vaginal Answer. By the way of 200 answers with survey clinic of the perineum* ». 15^{ème} congrès mondial de la Word Association for Sexology; Paris. 06; 2001.
- 11/ SPINOZA. « *L'Ethique* ». Folio essais. 1995.
- 12/ ARISTOTE. « *De l'âme* ». GF Flammarion. 1993.
- 13/ LENCK. L.CH. « *Maïeuthérapie: approche médico-psychologique du baby blues* ». Sexologies. 12, 46, 29-32. 2003.
- 14/ GIRARD. R. « *Le bouc émissaire* ». Le livre de poche. Biblio essais.
- 15/ LENCK CH : « *Bienvenue dans le monde des adultes. 683 maïeuthérapies* ». Ed Baudelaire. 2009.

COUPLES, N'OUBLIEZ PAS DE SOURIRE

Manon BESTAUX

Chirurgien-dentiste et sexologue
rue Dos Fanchon, 17, 4020, LIEGE, BELGIQUE
dr.m.best@gmail.com

Objectifs

Comprendre la fonction sourire comme expression du plaisir (sourire vrai) mais aussi outil de communication (sourire vrai ou faux) dans le couple.

Appréhender le sourire comme rituel du couple.

Faire un parallèle entre la fonction sourire et la fonction orgasme.

Définir une attitude thérapeutique pour la prise en charge du couple et de sa sexualité.

Moyens et méthodologie

Le travail de synthèse a été possible au terme de la collation des divers éléments énoncés ci-dessous.

- a) le mémoire de DU de Sexologie et Santé Publique de Paris 7 session 2007 ayant pour titre : « le sourire, sésame de l'érotisme », dont la méthodologie fût la suivante :
 - l'analyse de la littérature scientifique, expliquant la fonction sourire chez les humains, mais aussi le patrimoine phylogénétique par l'étude de l'expression des émotions chez les animaux,
 - une démarche personnelle auprès du département personnalité, cognition et changement social au Laboratoire interuniversitaire de Psychologie Sociale de l'Université Pierre Mendès-France - Grenoble II, afin de connaître les résultats des dernières études sur le sourire,
 - une enquête d'opinion auprès de 20 couples hétérosexuels cohabitant depuis plus de 6 mois et considérant leur vie sexuelle comme satisfaisante, divisée comme suit :
 - un questionnaire avec questions ouvertes et fermées permettant de dégager le concept du sourire en tant que rituel permanent dans le couple,
 - un test photo pour définir les caractères du sourire érogène, mettant également en évidence la contradiction entre le fantasme et la réalité.
- b) 25 années de pratique de cabinet dentaire dont 20 en tant que responsable de formation continue, autorisant l'affirmation de la non-connaissance de la fonction sourire par les patients, mais aussi quelquefois par les praticiens,
- c) Une approche sexologique de la profession dentaire, proposant un parallèle entre la fonction sourire et la fonction orgasme, se concrétisant par l'écriture du livre « Le sourire et le sexe » paru aux Editions Particulières en 2008,
- d) Les diverses interventions à la SPOM (Société de Psychologie Odontologique et Médicale), ainsi que la préparation de cours à destination des étudiants des facultés de chirurgie dentaire de Paris 7/Garancière et Reims.
- e) La réalisation d'une affiche sur le thème « couples, n'oubliez pas de sourire »

Résultats et discussion

La fonction sourire est essentielle dans la vie du couple, à la fois comme expression attendue d'un plaisir véritable (sourire vrai) et démonstration de la volonté d'entente des deux partenaires (possibilité

de s'accorder par l'utilisation d'un sourire, vrai ou faux). Nous savons que la mise en place des rituels est une étape constitutive de la vie du couple. Il définit ainsi sa propre norme de fonctionnement, comme un contrat unique.

Au terme de cette étude, il est possible de conclure que le sourire correspond à un rituel d'accord, préambule nécessaire au dialogue. C'est l'expression physique première du consentement, avant le verbe. C'est donc un repère qu'aucun des partenaires ne doit négliger. Les périodes « sans sourires » représentent toujours des périodes conflictuelles.

Les partenaires sont rarement conscients des deux aspects de la fonction sourire, et l'associent aujourd'hui à la communication forcée, à tendance manipulatrice. Dans cette communication non-verbale, le silence, une vie sans sourire, peut s'installer gravement et durablement. Pour le sexologue, il est important de rassurer les partenaires et de les inciter à se servir de cette fonction, au vu des effets psychologiques positifs prouvés expérimentalement.

Se posent alors les questions délicates : peut-on forcer quelqu'un à sourire ? Y-a-t-il un apprentissage du sourire ? Pourrait-on lui faire une place dans l'arsenal thérapeutique ? Une alternative au médicament ?

Conclusions principales

En consultation, le sexologue évalue ce que Jacques Waynberg appelle le potentiel érotique restant (P.E.R.), variable pour chaque individu. Pour la prise en charge du couple et de sa sexualité, il est nécessaire d'estimer le degré d'existence du couple et la conscience que les deux partenaires en ont. Pour cela, avant même de proposer des solutions, il faut revisiter avec eux les définitions qu'ils donnent, faire le compte des rituels établis entre eux et vérifier la connaissance de ce rituel particulier qu'est le sourire. Indiscutablement, c'est un atout supplémentaire pour l'amélioration de cette prise en charge. Le sexologue peut en souligner les applications, et le proposer comme premier outil thérapeutique simple d'utilisation, non agressif, à mettre ou re mettre en place dans tous les cas de mésententes conjugales.

MOTS CLÉS :

Couple - Sourire - Rituel - Consentement - Orgasme

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Manon BESTAUX – *Le sourire et le sexe*, Editions Particulières, 2008,
- John BOWLBY – *Attachement et perte*, Puf 1978,
- Boris CYRULNIK – *Sous le signe du lien*, Pluriel Hachette littératures, 1989
- Antonio DAMASIO – *l'erreur de Descartes, la raison des émotions*, O Jacob, 1995
- Franz DE WAAL – *de la réconciliation des primates*, Flammarion, 1992
- Jacques WAYNBERG – *Jouir c'est aimer*, Milan 2004

BILAN DE LA SEXUALITÉ FONCTIONNELLE D'UN PATIENT

Pascal BENOIST

Médecin sexologue

48 rue Mouffetard - 75005 paris

pascalwbenoist@yahoo.fr

Roland NICOLAS

Sexothérapeute, Boulogne

Françoise JABLON-DREYFUS

Sexologue, Paris

Prisca JAMI-CECCOMORI

Gynécologue, Paris

Guy MONTEFIORE

gynécologue, Le Raincy

Objectifs

Le groupe de sexologues parisien de l'Institut Sexocorporel International – Jean-Yves Desjardins, souhaite, par cette présentation, offrir une grille d'évaluation de la fonctionnalité sexuelle d'un patient, comme outil diagnostic, au préalable à sa prise en charge thérapeutique.

Présentation

Dans la première partie du poster, la physiologie de la sexualité est résumée pour mémoire, sous la forme d'un schéma mentionnant les lois corporelles fondamentales en relation directe avec les différentes composantes sexuelles, qui, elles-mêmes interagissent entre elles.

La seconde partie présente la grille d'évaluation utile au sexologue pour sa pratique. Chaque élément sexodynamique ici cité, est à approfondir afin d'établir la logique du système du patient. Celle-ci met en évidence les limites à aborder et les lignes de forces, sur lesquelles s'appuyer. Ainsi, des pistes de croissances sont révélées pour une prise en charge adaptée aux réelles causalités du motif de consultation.

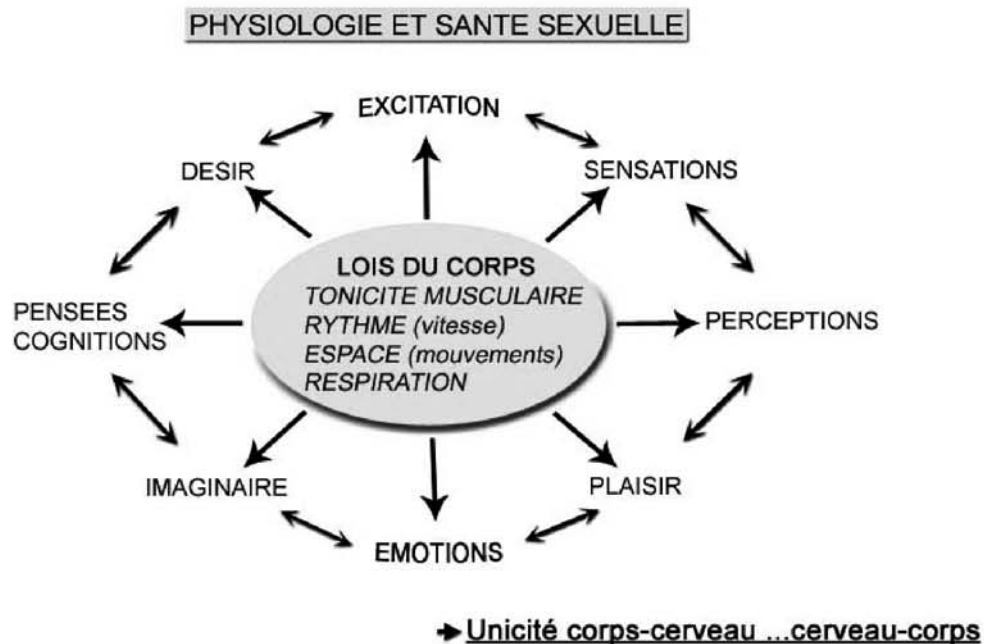
Discussion

La pratique en sexologie exige d'établir un diagnostic précis et objectif de la problématique sexuelle. L'approche sexocorporelle propose une évaluation concrète de la fonctionnalité, qui se fonde sur un modèle de santé sexuelle. Elle se définit comme étant la naissance, l'interaction et l'harmonisation des différentes composantes de la sexualité humaine. Son cœur prend sa source dans le réflexe d'excitation sexuelle génital. Les trois lois corporelles fondamentales (tonus musculaire, rythmes, espace interne et externes) accompagnent toujours cette vasocongestion des organes génitaux. La courbe d'excitation sexuelle est influencée par la qualité de l'action volontaire qui utilise ses trois lois. Cette dernière et toutes les autres composantes sexuelles sont développementales et sujettes à modification au cours du développement sexuel d'une personne.

Conclusion

La grille d'évaluation présentée avec ses différentes composantes, est le fruit de nombreuses observations cliniques de sexologues de différents champs de la sexologie et de l'ISI. Son utilisation constitue pour le thérapeute une base initiale solide pour pratiquer la profession de sexologue clinicien

BILAN DE LA FONCTIONNALITE SEXUELLE D'UN PATIENT



GRILLE D EVALUATION SEXOCLINIQUE PRISE EN CHARGE

- ➔ Demande initiale du patient
- ➔ Reformulation / recadrage cognitif
- ➔ Grille d'évaluation

- Développement sexuel
- Sentiment d'appartenance à son sexe biologique
- Codes d'attraction sexuelle
- Modes d'excitation sexuelle
- Les croyances
- L'assertivité
- Séduction
- Les idéologies
- La communication érotique

- Identité sexuelle
- Plaisir sexuel
- Désir sexuel
- L'imaginaire sexuel
- Les jugements de valeur
- Courbes excitation-plaisir
- Le sentiment amoureux
- Les habiletés érotiques
- Sources d'excitation sexuelle

- ➔ Logique du système / Lignes de force / Pistes de croissances
- ➔ Prise en charge et traitements

CFSF ISI-Paris sous l'égide de l'Institut Sexocorporel International Jean-Yves Desjardins

MOTS CLÉS :

Evaluation, physiologie, diagnostic, sexocorporel

RÉFÉRENCES

- « *Les sexologues à l'unisson... vers un modèle de santé sexuelle* ». Mélanie TREMBLAY, Lise DESJARDINS, MA, sexologues cliniciennes. Santé sexuelle 2006, 1, 7-15
- « *La consultation sexologique au Tessin (Suisse Italienne)* ». Analyse quantitative et qualitative basée sur l'évaluation sexologique d'un groupe de 168 patients. Linda ROSSI, sexologue clinicienne. Santé sexuelle 2008, 5, 23-32
- « *Quelle thérapie choisir en sexologie clinique ?* ». Mansour EL FEKI, Jean-Yves DESJARDINS, Claude CRÉPAULT, Jules BUREAU. Edition de Boeck 2007
- « *La sexologie clinique basée sur un modèle de santé sexuelle* ». Dr Dominique CHATTON, Suisse. Psychothérapies 12/ 2006
- "*Research Instruments for the Diagnosis and Treatment of patients with erectile dysfunction*". ROSEN RC, ALTHOF SE, GIULIANO F. UROLOGY. 2006 sep;68(3supp):6-16
- "*The Premature ejaculation Profile : Validation of self-reported outcome measures for research*". PATRICK DL, GIULIANO F, GAGNON DD, MCNUTLY P, ROTHMAN M. BJU Int 2009 Feb;103(3) 358-64 2008 Sept 12.
- « *Dimensions de la santé sexuelle associées aux dysfonctions sexuelles chez les hommes et les femmes : une approche empirique exploratoire* ». Martin BLAIS, Ph.D, dep. De sexologie de l'Université du Québec, Montréal, Canada. Isabelle Chaffaï, Sexologue clinicienne, ISI. Santé sexuelle 2007, 3, 4-8
- « *Facteurs influençant l'érection* ». Karoline BISCHOF. Santé sexuelle 2007, 3, 19-23. Dans BishofK, Gehrig P (Eds.) 2008 : « Marche à suivre pour consultation sexologique destinée aux médecins praticiens ». Pfizer AG Zurich
- « *Atteindre l'extase grâce à l'Approche Sexocorporelle* ». Nicole AUDETTE, MA, sexologue clinicienne. Ed. Québec
- « *L'imaginaire érotique et ses secrets* ». Claude CRÉPAULT, Georges ABRAHAM. Presse de l'Université du Québec, 1981
- « *La complémentarité érotique* ». Jean-Yves DESJARDINS, Claude CRÉPAULT. Les Editions Héritages, Canada, 1980
- « *Les corps érotiques* ». Jean-Yves DESJARDINS, Claude CRÉPAULT. Les Editions Héritages, Canada, 1981
- « *Essai de compréhension de la dynamique du périnée féminin en sexualité* ». Dr Marie-Madeleine ZUFFEREY-SUDAN, gynécologue, Lausanne, Suisse. Dr PD BEAT RIEDERER, Maître d'enseignement et de recherche, Université de Lausanne, Suisse. Université de Genève, 2007

ÉPISTÉMOLOGIE SYSTÉMIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DU COUPLE ET DE SA SEXUALITÉ

Lionel SOUCHE

Psychologue Clinicien, Sexologue & Thérapeute de Couple,
membre du Collège Lyonnais de Sexologie,
membre associé de l'AIHUS
lsouche@free.fr

Catherine GIBAUD

Psychologue, Thérapeute de Couple

Dans notre 1er poster, nous avons présenté les constats liminaires de notre démarche sexologique. Ces constats nous ont amené à cerner l'hypothèse suivante : chaque partenaire du couple se servirait de la sexualité conjugale pour faire payer à l'autre quelque chose qui ne lui appartiendrait pas, mais qui dans le même temps, viendrait lui faire résonance. La dysfonction sexuelle serait une des expressions larvées de cette dette psychique composite. Nous avons qualifié cette dette « patchwork conjugal ».

À partir de cet état des lieux recueilli lors de nos consultations conjugales libérales, notre objectif est de proposer un modèle global d'intervention, s'appuyant sur l'ensemble des outils développés par **l'approche systémique** confrontés à la clinique des difficultés sexuelles conjugales.. Ainsi, nous mettrons à l'épreuve l'hypothèse de cette dette patchwork via le filtre de la **médiation** particulière qu'est le **génogramme**.

En terme de résultats, nous basons nos conclusions sur un échantillon d'une trentaine de couples ayant fréquenté notre consultation conjugale libérale : l'utilisation de la dette patchwork comme repère thérapeutique nous apparaît comme un axe de travail pertinent et significatif. Cet outil se révèle opérant dans la mise en perspective de la dysfonction conjugale sexuelle présentée lors de la demande initiale.

Notre présentation se définit comme une construction clinique singulière à partager dans le paysage hétéroclite des praticiens sexologues. Nous souhaiterions sensibiliser la réflexion sexologique sur l'utilisation du concept de dette patchwork représentant alors aussi bien un étayage ponctuel qu'une trame de fond dans l'accompagnement des couples en souffrance sexuelle.

MOTS-CLEFS :

Dette Patchwork - Modélisation sexosystémique - Génogramme - Vulnérabilités et Compétences conjugales - Croisement intersubjectif sexuel

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AUSLOOS G. (1995), *La compétence des familles*, éd. Érès.

BENGHOZI P. (1999), *Adolescence & sexualité, liens et maillage, réseau*, éd. L'harmattan, collection Sexualité Humaine.

CYRULNIK B. & ELKAÏM M. (2009), *Entre résilience et résonance : à l'écoute des émotions*, Fabert Eds, collection Psychothérapies Créatives.

- DARRAULT-HARRIS I. (1997), *La médiation dans la relation d'aide*, in *Écrire encore*, L'Erre n°19.
- GIMENEZ G. (2002), *Les objets de relation*, in *Les processus psychiques de la médiation*, éd. Dunod.
- Mc GOLDRICK M. & GERSON R. (1989), *Génogrammes et entretien familial*, éd. ESF., Paris.
- SOUCHE L. & GIBAUD C. (2008), *Épistémologie systémique dans l'évaluation de l'équilibre sexuel conjugal*, Poster Scientifique présenté aux 1ères Assises Françaises de Sexologie et Santé Sexuelle : le Couple & sa Sexualité.

KAMA SUTRA DE LA GROSSESSE

Chantal FABRE-CLERGUE

Marseille

chantal.fabreclergue@wanadoo.fr

La sexualité du couple pendant la grossesse est à la fois redoutée, désinvestie et méconnue. Ce poster présente de façon imagée et ludique une information accessible aux couples et un support pour le thérapeute dans son interaction avec les consultants.

Il a été élaboré par l'association « les Baleines Bleues ».

Présidente Chantal Fabre-Clergue

Sage-femme sexologue

Formatrice PERINEOS

Ce poster du Kama Sutra de la grossesse présente de façon imagée et ludique une information accessible aux couples et un support pour le thérapeute dans son interaction avec les consultants.

Poster élaboré par l'association les Baleines Bleues.

Présidente *Chantal Fabre-Clergue* Sage-femme, Sexologue et Formatrice PERINEOS

εγ



Venez découvrir !

tous nos supports pédagogiques
sur le site :

www.lesbaleinesbleues.com

chantal.fabreclergue@wanadoo.fr

* Tel. : 04 91 73 83 83

PRÉVALENCE DES TROUBLES SEXUELS CHEZ LE PATIENT SCHIZOPHRÈNE ET IMPACT SUR LES SOINS : ÉTUDE À PARTIR DE 80 PATIENTS

Aurélie BERNARD

Sandrine THAUBY

Service de Psychiatrie Adulte du Pr Pringuey,
Centre Hospitalier Universitaire de Nice
aurelie79bernard@yahoo.fr

Nos objectifs sont les suivants :

- Déterminer le niveau de prévalence de la dysfonction sexuelle dans une population de patients schizophrènes traités,
- Evaluer le retentissement de cette dysfonction sur la compliance aux soins,
- Ce retentissement lorsqu'il existe est attribué par le patient au traitement,
- Les conséquences sur les soins vont dépendre du degré d'insight.

La prévalence de la schizophrénie s'élève à 1% de la population générale. Cette maladie représente une préoccupation majeure en termes de santé publique, et le niveau d'observance du traitement est médiocre : jusqu'à 75% des patients deux ans après l'entrée dans la maladie ont arrêté leur traitement [1], bien souvent en raison des effets secondaires des antipsychotiques [2]. Cependant les conséquences néfastes de ces traitements sur la sexualité des patients suscitent peu d'intérêt auprès des praticiens en pratique clinique [3]. Or l'incidence des dysfonctions sexuelles sous traitement neuroleptique peut varier de 15 à 88,9% selon les études [4]. Beaucoup de travaux alertent sur une conséquence catastrophique qui est l'arrêt du traitement antipsychotique mais sans apporter de chiffre statistique précis [5,6].

Nous avons donc interrogés 80 patients hommes et femmes, suivis en ambulatoire, en hôpital de jour ou de semaine, ou en fin d'hospitalisation temps plein sur leur sexualité. Nous avons sélectionné des patients majeurs, sous antipsychotique, stabilisés, sans traitement antidépresseur afin d'éviter les biais liés aux conséquences sexuelles de ces traitements. Les patients ayant des comorbidités somatiques pouvant interférer avec la sexualité, des comorbidités addictives, non stabilisés, enceintes, ou présentant un trouble schizoaffectif ont été exclus.

Les données sociodémographiques, le type de traitement et la PANSS ont été enregistrées pour chacun. La dysfonction sexuelle a été mesurée à l'aide de l'ASEX, la prévalence des différents effets secondaires à l'aide de l'UKU. La compliance au traitement est mesurée à l'aide de la DAI-10. L'échelle d'Amador, la SUMD, nous permet d'évaluer le niveau d'insight. Les différences étaient déclarées significatives si le degré de signification 'p' était inférieur à 0.05. L'analyse a été réalisée sous SAS Enterprise Guide 4.1 pour Windows (SAS, Cary, NC, USA).

Nos résultats statistiques ont mis en évidence une prévalence de la dysfonction sexuelle égale à 56,25%, semblable aux chiffres retrouvés dans la littérature, sans différence significative entre sexes. A l'UKU, lorsque l'on considère la totalité des effets secondaires perçus, on constate que 36,25% des patients perçoivent au moins un effet secondaire d'ordre sexuel, alors que l'on retrouve un maximum de 46,25% pour les effets secondaires psychiques. L'ASEX apparaît plus sensible que l'UKU pour mettre en évidence une dysfonction sexuelle.

65% des patients interrogés constatent un changement dans leur sexualité depuis le début de la maladie.

Ce changement est attribué au traitement pour 75% d'entre eux et à la maladie dans 55,76%. 28,75% de la totalité des patients interrogés rapportent un retentissement négatif sur les soins en cas de changement négatif perçu dans leur sexualité. Parmi ces derniers, 52,17% présentent une dysfonction sexuelle.

Il n'existe pas de lien direct entre la présence d'une dysfonction sexuelle et la compliance au traitement, ni sur le retentissement sur les soins, probablement en raison d'un manque de puissance de l'étude. Mais c'est l'insight, notamment la conscience de l'intérêt pour le traitement qui va venir moduler le niveau de compliance en cas de dysfonction sexuelle. En effet, parmi les patients présentant une dysfonction sexuelle, ce sont les patients qui présentent une mauvaise conscience de l'intérêt du traitement qui vont préférentiellement l'arrêter. Ceux qui au contraire ont une bonne conscience de cet intérêt seront meilleurs compliants ($p=0,024$).

En conclusion, notre étude a mis en évidence une prévalence non négligeable de la dysfonction sexuelle au sein de notre population schizophrène sous antipsychotique. L'attribution qu'en fait le patient, notamment en ce qui concerne la responsabilité imputée au traitement est responsable d'une répercussion dommageable sur les soins. C'est le degré de conscience de l'intérêt du traitement qui va venir moduler ce niveau de compliance. La connaissance du niveau de handicap sexuel du patient sous antipsychotique doit être une préoccupation pour le praticien en pratique quotidienne, au même titre que la recherche d'effets secondaires extra-pyramidaux.

MOTS-CLEFS :

Schizophrénie, dysfonction sexuelle, antipsychotique, compliance, insight.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] KEITH SJ, KANE JM. *Partial compliance and consequences in schizophrenia : our patients can do better*. J Clin Psychiatry 2003 ;64(11):1308-1315
- [2] COOPER C, BEBINGTONP, KING M, BRUGHA T, MELTZER H, BHUGRA D, JENKINS R. *Why people do not take their psychotropic drugs as prescribed : results of the 2000 National Psychiatric Morbidity Survey*. Acta Psychiatr Scand2007 ;116(1):47-53
- [3] PERRY BL, WRIGHT ER. *The sexual partnerships of people with serious mental illness*. J Sex Res. 2006 May;43(2):174-81.
- [4] FORTIER P, MOTTARD JP, TRUDEL G, EVEN S. *Study of sexuality-related characteristics in young adults with schizophrenia treated with novel neuroleptics and in a comparison group of young adults*. Schizophr Bull 2003 ;29 :559-72
- [5] FLEISCHHACKER WW, MEISE U, GÜNTHER V, KURZ M. *Compliance with antipsychotic drug treatment : influence of side effects*. Acta Psychiatr Scand 1994 ;89(Suppl 382) :11-15
- [6] PERKINS DO. *Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia*. J Clin Psychiatry 2002 ;63(12) :1121-1128.

LE PREMIER CABINET DE SEXOLOGIE EN IRAN

Mohammad HAGH DEL

Médecin Clinicien sexologue
Ancien étudiant de D. U. à Paris 5
32 rue Bargh
7133657555 - Shiraz- Iran
clinicien@gmail.com

Parmi les spécialités médicales, la sexologie est une nouveauté en Iran. Depuis mon arrivé en Iran j'ai constaté que malgré le grand besoin du public iranien qui est constitué à 60 pourcent des jeunes de moins de 30 ans d'âge les autorités sont intransigeant sur l'interdiction totale de tout débat et information traitant la sexualité. Dans ce climat de doute et manque de coopération j'ai ouvert mon cabinet médical et j'ai commencé la pratique de la sexologie depuis mars 2008 dans l'île de Kish. Kish est une zone de libre échange économique située dans le Golfe. Le climat tropical et les installations touristiques font de cette île l'endroit idéal pour l'accueil des couples venus en vacances sur l'île.

L'Iran est un pays situé au centre d'Eurasie entre le Golfe au sud et la mer Caspienne au nord. Avec une superficie de 1,6 millions de kilomètres carrés, une population de 70,47 millions et le produit brut national de 816,83 billions il est au dix-huitième rang des pays du monde. Je présente les motifs, les traitements utilisés et des constats culturels propres aux consultants dans un échantillon de 40 couples venants en consultation.

Après la révolution de 1979 durant dix années la république refusait les politiques de planning familial. Le résultat était un désastre démographique et une pauvreté grandissante (réf 1). Alors les autorités ont repris le programme abandonné depuis le régime Royal. L'épidémie du SIDA a posé de nouveau la question de la sexualité sur la table (réf 2). La prévalence du VIH a triplé dans la période de 1997 à 2004 et les nouveaux cas ne sont plus limités aux héroïnomanes utilisateurs des injections intraveineuses mais des couples mariés. Tandis que les médias refusent la diffusion de toute sorte de clarifications et des programmes éducatifs d'ordre sexuel la population est de plus en plus en manque d'information et ce n'est pas les seules élites occidentalisées qui les cherchent (réf 3). La jeunesse iranienne se voit de plus en plus héritière d'une planète où les réussites et les fatalités ne se limitent pas aux frontières entre les pays. Alors ils bravent les limites et urgent une éducation sans tabou sur la sexualité (réf 4).

Les questions sexuelles sont omniprésentes dans la pratique médicale. Toute intervention médicale ou chirurgicale auront comme conséquences des altérations majeures dans la vie sexuelle du/ de la patient/patiente. Les médecins et le personnel médical sont concernés par des questions d'ordre sexuel et/ou leurs manifestations. Ce qui est frappant dans la médecine en Iran est la confusion sur les limites entre la criminalité et la médecine. Par exemple les relations extraconjugales sont passibles de mort par lapidation dans la législation iranienne. Or ces mêmes relations sont le sujet des thérapies du couple et alors dans le domaine médical. Le législateur en Iran ne voit que l'aspect criminel de l'adultère et les raisons psychosexuelles qui ramènent la personne à l'adultère; l'éloignement des couples et l'appauvrissement des relations conjugales et l'absence de communications dans le couple, l'échappent. Par contre la définition même du viol en mariage est étrangère à la législation iranienne. La femme est obligée de satisfaire les besoins sexuels de son mari et pour le législateur iranien ça explique pleinement la raison du mariage pour un homme. Alors une fille peut être violée toute à fait légalement depuis la nuit des noces et dès qu'elle résisterait aux avances de son mari, il

pourrait la divorcer en toute légalité.

Le clinicien sexologue est constamment confronté aux dilemmes dans sa pratique et pour y trouver des solutions il est obligé d'inviter les autorités à s'engager dans le débat et se montrer responsables dans ce qui n'est que des conséquences de leurs actions mal réfléchies sur les vies des gens ordinaires.

La population sédentaire de l'île de Kish n'est que de 23,000 âmes alors que chaque an y viennent plus de 900,000 touristes pour se détendre sur ses sables, prendre congé des tensions et passer quelque temps au soleil. Les couples viennent en famille ou en amoureux pour quelques journées. Le climat et l'humidité agréable, l'architecture moderne et les facilités touristiques pour les séjours tranquilles et l'accessibilité de l'île par les voies aérienne et marine font de Kish un paradis au cœur du Golfe.

Dans l'aéroport de l'île tout nouveau venu sera fourni par une carte de l'île et à côté de cette carte de l'île se trouve l'annonce de mon cabinet de sexologue en Anglais et en Persan. Les patients sont admis dans la mesure du temps pour des visites d'une demi-heure. Les heures de visite sont de 13 heures à 23 heures en fonction des personnes qui ont pris rendez-vous dans la matinée. Parmi les couples qui sont venus en consultation l'âge moyen de mari est 40,4 ans et celui de sa femme est de 34,9 qui représentent la différence d'âge traditionnellement respectée entre le mari et la femme dans les cultures méditerranéennes. L'ancienneté de la relation est en moyenne de 13,5 ans quand le couple cherche à consulter pour ses problèmes sexuels. Les motifs des consultations sont dans 29 pourcent des cas pour l'éjaculation précoce chez le mari, 26 pourcent pour l'insuffisance érectile, 10 pourcent pour les troubles du désir, 10 pourcent pour une affection systémique et diabète, 7 pourcent pour l'éjaculation précoce et une déficience érectile, 7 pourcent pour l'anéjaculation, 5 pourcent pour des troubles psychiques et la dysmorphophobie, 2 pourcent l'anorgasmie féminine, 2 pourcent pour le vaginisme et 2 pourcent pour des questions sur la fertilité du couple.

Parmi les insuffisances érectiles le couple souffre en moyenne 28 mois avant d'être venu consulter pour un remède. Pour les cas où l'insuffisance érectile est combinée avec l'éjaculation précoce ce délai est d'ordre de 18 mois. Dans les cas où l'anéjaculation est déclarée comme le motif de consultation le couple a déjà souffert pendant 44 mois avant consulter le sexologue pour le symptôme.

Parmi les traitements corporels les techniques de relaxation et les massages réciproques avec des jeux de rôles passif et actif sont les mieux acceptés et adoptés par les couples. Les couples qui suivent les étapes d'une thérapie du couple et ses multiples séances sont rarissimes. Les empêchements culturels font que le couple ne dépasse pas le sensate focus 2. Le traitement pharmacologique est le plus demandé dans la culture iranienne. Parmi les médicaments disponibles dans la pharmacopée iranienne par catégorie d'utilisation en fonction du diagnostique; pour les troubles du désir chez l'homme: Bromocriptine, Calcium Pantothenate, Carnitine et Cyproheptadine se montrent utiles pour l'augmentation du désir et pour le contrôle de la violence chez l'homme la combinaison de Cyprotérone acétate et Médroxyprogestérone acétate en injections hebdomadaires semblent d'être efficaces. Pour limiter des avances chez les jeunes messieurs Piracétam 800 mg oral semble d'être utile.

Chez la femme Calcium Pantothenate et Cyprohéptadine se sont montrés utiles pour augmentation du désir. Pour la détente chez les individus inhibés Alprazolam et Baclofen font des miracles. Pour le traitement pharmacologique des insuffisances érectiles: Tadalafil et Sildénafil et dans le diabète la combinaison du Sildénafil et Carnitine. Pour amélioration de l'érection Arginine intraveineuse est d'utilité chez les personnes âgées. Pour l'éjaculateur précoce: Clomipramine, Sertéraline et Thioridazine peuvent être prescrits.

Des appareils divers et variés sont proposés sur le marché iranien avec des campagnes publicitaires d'achat à distance pour l'amélioration de l'érection, l'allongement du pénis ou sensibilisation des seins et le clitoris dont l'utilité ne sont pas démontrées (réf 5).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. *L'Iran reconstruit ses services de planning familial*. BUTTA P. A V S C News. 1993 Jul; 31 (2):3, 5.
2. *Les traits et les tendances de l'épidémie du SIDA et VIH en Iran entre 1986 et 2006*. FALLAHZADEH H et al. AIDS Behav. 2008 Sep 4.
3. *Communications entre couple sur le choix de planning familial à Zahedan en République Islamique d'Iran*. RAKHSHANI F, NIKNAMI S, ANSARI MOGHADDAM AR. East Mediterr Health J. 2005 Jul; 11(4):586-93.
4. *Les connaissances, les attitudes et les pratiques sexuelles des lycéens en Iran*. SIMBAR M, TEHRANI FR, HASHEMI Z. East Mediterr Health J. 2005 Sep-Nov; 11(5-6):888-97.
5. *Un appareil de vide pour le rallongement du pénis; une réalité ou une fiction?* AGHAMIR MK et al. BJU Int. 2006 Apr; 97 (4):777-8.

Résumés des
sessions
pré-Assises :
Ateliers -
Formation
continue

COUPLE EN DIFFICULTÉ SEXUELLE ET RELATIONNELLE : APPORT D'UN TRAVAIL CORPOREL

Claude ROUX DESLANDES

- licenciée es.sciences
- médecin andrologue
- médecin sexologue clinicienne
- formatrice et responsable de formation à l'approche sexocorporelle
- chargée de cours à l'université Paul Sabathier DIU sexologie Toulouse
- membre de : l'Aihus, de la Salf, de l'Isi,
- vice-présidente de Cifres
Polyclinique de Navarre 8 Bd Hauterive - 64000 PAU
Tél : 05.59.27.35.52 - Fax : 05.59.27.87.67
clauderoux.deslandes@wanadoo.fr

RÉSUMÉ

Dès que nous agissons au niveau du corps :

- nous modifions le REGISTRE SENSORIEL, ceci grâce à un travail sur les habiletés corporelles. Ces modifications induisent des changements au niveau des perceptions ; de la conscience. Nous avons donc une action sur les émotions et la sexodynamique (c'est-à-dire : la confiance en soi, le sentiment d'appartenance, le désir sexuel).
- Inversement tous les registres émotionnels, perceptuels et cognitifs ont leur miroir corporel. En apprenant à prendre conscience de cette interaction, nous pouvons gérer nos émotions par certaines habiletés corporelles pour renforcer nos perceptions.

Le rôle du corps est aussi primordial dans la dyade couple : corps, lieu de la communication, de l'expression de notre masculinité, de notre féminité, corps : lieu de notre plaisir sexuel ; corps courroie de transition de notre érotisation. Dès que je modifie le rapport à mon corps, les interactions dans le « système-couple » se modifient.

Après un bref rappel théorique, on explorera succinctement trois situations que nous rencontrons souvent en clinique et on dégagera en les expérimentant des habiletés corporelles qui pourront nous aider en sexothérapie.

- 1° tableau : « de l'impulsion à la gestion émotionnelle »

- objectif : comment développer et enrichir une communication sentimentale et émotionnelle brouillée au départ par des frustrations
- travail pendant l'atelier : exploration de moyen, exploration d'un ou deux moyens pour apprendre à passer d'un état de frustration important (qui induit souvent à de l'hostilité, la non-communication, l'anti-séduction), à un état où je peux communiquer, exprimer mes besoins, savoir me rendre rêvable, aimable, désirable

- 2° tableau de « la non gestion des tensions génitales au plaisir sexuel :

- objectif : passer de la simple décharge génitale qui soulage à une excitation plaisante qui renforce le lien homme/femme et l'érotisme du couple
- des moyens : nous explorerons comment savoir jouer sur l'excitation sexuelle, la rendre quantitativement plus importante et comment augmenter sa qualité pour pouvoir vivre différents plaisirs érotiques

- 3° tableau de « l'alphabétisation érotique » à un savoir-faire et un savoir être dans l'agir érotique :

- objectif : apprendre à partir des lois du corps à développer mes capacités érotiques dans le jeu sensoriel, pour enrichir la communication érotique
- des moyens : explorations des moyens à mettre en œuvre pour être dans le savoir-faire et le savoir-être dans le jeu de la rencontre sexuelle.

Plan de l'atelier :

Objectif général : développer des habiletés thérapeutiques à partir de l'exploration d'habiletés corporelles.

Cette exploration se fera à partir de trois situations cliniques

1° présentation théorique : quelques bases

2° à partir des trois situations : nous explorerons par des exercices

- « la gestion émotionnelle » de la frustration à être aimable, rêvable ...
- « la gestion des tensions génitales » : du soulagement au désir coïtal
- « l'alphabétisation érotique » de l'ignorance, au développement de capacités érotiques

Nous ferons des exercices spécifiques pour découvrir à partir d'habiletés corporelles comment avoir des outils pour aider nos patients en difficulté sexuelle et relationnelle.

REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

- ABRAHAM G. ; PASINI W., ANDRÉOLI : *Le corps en psychothérapie*, éd. Payot 1974
- Dr LOWEN A. : *Le plaisir 1976*, *Le corps bafoué en 1976*, éd. Tchou
- LIEURY A. : *Psychologie cognitive* en 2008, éd. Dunod
- CHAPOT D. : *Emois en moi* en 2005, éd. Seuil
- DESJARDINS J. Y. : documents écrits : éd. Héritage
 - *Les corps érotiques*, 1981
 - *Erotisme au féminin*, 1980
 - *Erotisme au masculin*, 1980
- DESJARDINS J. Y. : documents audiovisuels

Documents qui peuvent être commandés auprès de l'ISI (Institut Sexocorporel International) :
48855 Rue Boyer Bureau 231 Montréal Québec H2J 3E6 Canada
www.sexocorporel.com <<http://www.sexocorporel.com>>
info@sexocorporel.com

COMMENT GÉRER EN THÉRAPIE DE COUPLE LES PROBLÈMES DE COUPLE QUE JE N'AURAIS PAS SI JE N'ÉTAIS PAS EN COUPLE ?

Pierre BENGHOZI

Psychiatre, psychanalyste, psychosomaticien,
thérapeute psychanalytique de couple et de famille.

Médecin chef du service de psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et de la famille.

Responsable de l'Unité clinique de Périnatalité

CH H. Guérin - 8 rue de Provence - 83400 Hyères

- Président de l'IRP, Institut de Recherche en Psychothérapie
- Responsable Fondateur de la section Européenne EFPP de Psychothérapie Psychanalytique de Couple et de Famille
- Responsable de l'Enseignement de Psychosomatique et sexualité, UNIVERSITE PARIS XIII Bobigny
- Chargé de l'enseignement Approche Psychosomatique de Couple et Périnatalité dans le Diplôme de Gynécologie Psychosomatique, Hôpital Robert Debré PARIS

pbenghozi@wanadoo.fr

RÉSUMÉ

C'est un drôle de paradoxe que nous inspire Woody Allen. Car, si je n'étais pas en couple, et si je suis un homme : je n'aurais pas l'angoisse d'avoir une éjaculation prématurée.

Si je suis une femme, je ne serais plus dans l'effroi d'une pénétration qui m'est impossible.

Dans les 2 cas, je vivrais avec sérénité le moment où j'irais me coucher. Je n'aurai pas toutes les contraintes d'un partage de mon intimité. Je saurais vivre enfin une sexualité libre, épanouie. « Je ne supporte pas ce qu'il est, mais, s'il n'était pas ce qu'il est, s'il était autre, je n'aurais aucune raison d'être là en couple, avec lui, d'être avec elle... ! »

Et pourtant, je suis là, nous sommes là, en couple, en thérapie de couple. Les troubles de la vie sexuelle concernent l'interaction de la dyade, ils traduisent souvent un conflit inconscient du lien d'alliance fondateur du couple.

Comment écouter l'un et l'autre dans la simultanéité de l'instant, non pas tant comme la somme des deux psychés individuelles, mais comme un ensemble, une parole couple, un scénario du Moi-couple ? Nous écoutons le couple comme l'interprète d'un concert dont la partition est fondée sur une trame inconsciente qui se reconstruit avec notre présence.

Comment dansent les fantasmes ? A partir de situations de consultations simulées, nous explorerons la spécificité de l'approche thérapeutique psychanalytique de couple comme un espace de création. Là, dans le décor de la thérapie, se rejoue l'enjeu généalogique paradoxal de la scène fondatrice du pacte d'alliance conjugal. L'objectif de cet atelier est d'aider des consultants en sexologie à accueillir les symptômes sexuels dans une perspective psychanalytique du lien. Il vise à former les thérapeutes à Penser couple, groupal et généalogique.

REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

- *Approche psychosomatique du Couple* in Traité de gynécologie obstétrique publié sous la direction de S. MIMOUN, Ed FLAMMARION, Paris, 1999.
- *Le spaciogramme en thérapie psychanalytique de couple et de famille*, DIALOGUE, N°172, 2006.
- LEMAIRE J.- C., *Le Couple : sa vie, sa mort*. La structuration du couple humain, Paris, Payot, 1979.
- PUGET J., *Psychanalyse du couple : l'objet-couple de chacun, et l'objet-couple partagé*, Dialogue, ERES, 1988.

LES THÉRAPIES DE COUPLES EN CONSULTATION DE SEXOLOGIE

Michel AMAND

- Sexologue clinicien et thérapeute de couples .
 - Président de la Société des Sexologues Universitaires de Belgique
 - Directeur du Pensionnat Henri Jaspar à Bruxelles :
Service d'Accueil et d'Aide Educative et Centre d'Accueil d'Urgence
pour enfants et adolescents placés par le Tribunal de la Jeunesse
ou les Services d'Aide à la Jeunesse.
 - Directeur d'Affiliations ; Service de Prestations Educatives et
d'Intérêt Général, pour des jeunes ayant commis des faits qualifiés infraction.
- 62 rue de Tervaele - 1040 Bruxelles
Belgique
michelamand@phj.be

RÉSUMÉ

En consultation de sexologie et de thérapie de couples à Bruxelles depuis 1989, Michel AMAND développe, seul ou en cothérapie, une approche dyadique de la sexothérapie.

Quand l'évolution des partenaires gagne à se produire en présence l'un de l'autre, les outils systémiques de la thérapie conjugale orientée vers les solutions, les conversations transformatives ou les sculptures vivantes permettent de débloquent des impasses thérapeutiques, et d'obtenir des changements rapides et durables.

Comment transformer concrètement le discours de la plainte conjugale en un récit des moyens à mettre en œuvre pour que chacun atteigne ses propres objectifs ?

Comment déconstruire les vécus de souffrance et en faire émerger des raisons de motivations nouvelles à changer la dynamique du couple ?

Que faire lorsque le dialogue n'opère plus, ou lorsque la parole devient redondante, ou encore lorsque la violence s'invite dans le couple en consultation ? Mettre en scène le corps et son langage non-verbal, le sculpter à l'image de nos représentations puis l'utiliser comme récepteur des émotions et vecteur d'un nouveau récit de couple à co-construire.

L'atelier se propose d'expérimenter ces outils à travers des histoires de manque de désir, de dysfonctionnement érectile ou de déséquilibre entre les demandes masculines et féminines de sexualité.

REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

- CAILLÉ P. : « *Un et un font trois, le couple révélé à lui-même* » ; ESF ; 1991.
- DE JONG P. et BERG I.K. : « *De l'entretien à la solution. L'accent mis sur le pouvoir des clients* » ; Satas ; 2002.
- WHITE M. : « *Thérapie et déconstruction* » in *Constructivisme et constructionnisme social : aux limites de la systémique ?* Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux n° 19. De Boeck et Larcier ; 1998.

EDUCATION À LA SEXUALITÉ ET À LA VIE AFFECTIVE : APPROCHE SUR LA RÉDUCTION DES PRISES DE RISQUE SEXUELLE

T. TROUSSIER

Médecin de santé publique, sexologue,
Ministère de la santé, DGS/bureau de lutte contre le VIH, les IST et les hépatites.
Mme P. BOULOY, infirmière CDAG, sexothérapeute

RÉSUMÉ

Les objectifs :

Travailler sur les représentations de la sexualité pour permettre aux intervenants d'identifier leurs difficultés ;

Favoriser le travail de « congruence avec soi même » que chacun a à mener pour être à l'aise dans la communication sur la sexualité dans la relation inter individuelle ou en groupe.

Favoriser l'abord de la sexualité et de la vie affective pour les patients en prise de risques répétées ou nouvelles (jeunes, rupture affective, libertinage...);

Tout ceci afin de contribuer à une diminution des risques de grossesses non désirées, de violences, d'IST etc.

Thématiques abordées :

Les différentes dimensions de la sexualité et son rôle dans l'éducation.

Identification des situations de prises de risque sexuelles.

Si le risque zéro n'existe pas, quelle est la place de la réduction des prises de risque sexuelles ?

Quel est le rôle du sexologue dans les entretiens ou dans les interventions en groupe.

Les moyens utilisés :

Les animateurs de l'atelier alternent les exercices ou jeux créatifs riches en émotion avec des exposés et des analyses pédagogiques étapes par étapes. L'atelier doit aider chacun à identifier ses difficultés, ses doutes, ses émotions dans un climat de sécurité ; les résistances sont respectées, ce n'est pas un groupe thérapeutique.

Le processus est le suivant :

- recueil des questions ou des difficultés liées à l'éducation pour la sexualité par la technique de panel ;
- brainstorming sur la sexualité ;
- mises en situation, si possible à partir des difficultés des participants ; animation, gestion de groupe, counseling de groupe ;
- jeu de la transmission du VIH : travail sur ses propres représentations et la prévention.

REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

- BELTRAN L. *Rôle de l'éducation sexuelle dans la prévention des troubles sexuels*, manuel de sexologie, sous la direction de P. Lopès et FX. Poudat, p177, 181, 2007 édition Paris Masson.
- BERTOZZI S.M. and co, *HIV prevention 5, Making HIV prevention programmes work*, Lancet, vol 372, September 6 2008.

- COATES T.J. and co, *HIV prevention 3, Behavioral strategies to reduce HIV transmission : how make them work better*, Lancet, vol 372, august 23 2008.
- Education nationale : *L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées*, BO n°9 du 27 février 2003.
- GIAMI A. *Une histoire de l'éducation sexuelle en France : une médicalisation progressive de la sexualité* (1945–1980). Sexologies, Revue Européenne de Santé sexuelle, 2007, 16, (3), 219-229.
- MERSON M.H and co., *HIV prevention 1, The history and challenge of HIV prevention*, Lancet, vol 372, august 9 2008.
- PADIAN N.S. and co, *HIV prevention 2, Biomedical intervention to prevent HIV infection : evidence, challenges, and way forward*, Lancet, vol 372, august 16 2008.
- PIOT P. and co, *HIV prevention 6, Coming to terms with complexity : a call to action for HIV prevention*, Lancet, vol 372, September 6 2008.
- RAO GUPTA G.and co, *HIV prevention 4, Structural approaches to HIV prevention*, Lancet, vol 372, august 30 2008.

HYPNOSE ET SEXUALITÉ

Joël de MARTINO

Docteur en Psychologie Sociale Clinique
Hypnothérapeute - Psychanalyste – Sexothérapeute
Chargé d'Enseignement à l'Université de Provence
26 rue Victor Clappier - Toulon
27 rue de la Rotonde - 13001 Marseille
demarpediem@free.fr

RÉSUMÉ

Les objectifs :

Cet atelier a pour objectifs de donner des outils de compréhension et des moyens pratiques utilisables pour les indications thérapeutiques en sexologie.

Méthode :

Après une présentation rapide d'un bref rappel historique de l'Hypnose, depuis Le « terpnos logos » des Grecs Le magnétisme animal et humain de Anton MESSMER (1734-1815) La querelle de l'école de Nancy Hyppolyte BERNHEIM (1837-1919) John ELLIOTSON (1791-1861) James ESDAILLE (1808-1859) James BRAID (1795-1860), nous aborderons la question des suggestions et leurs capacités de « transduction ». La suggestibilité est l'« aptitude à transformer une idée en acte ». L'hypnose est un état modifié de conscience. C'est la mise en confiance physiologique et psychologique du Sujet par la voix, les images et les métaphores utilisées par l'hypnothérapeute. Ces images sont prises dans la banque de données images du Sujet et visent cinq buts principaux.

- Réactiver le réseau associatif de la mémoire
- Faire tomber les résistances
- Etablir une communication du Sujet avec son Inconscient
- Opérer des changements de niveaux de conscience, des ouvertures
- Induire le Sujet dans une dynamique de changement des reprogrammations positives de comportements et/ou de réponses physio-hormonales par la « transduction »

Nous verrons comment utiliser ces différentes techniques selon les problèmes sexuels présentés par les patients.

Moyens :

Vignettes des cas appliquées de sexologie clinique avec participation des personnes dans l'atelier.

- Seront évoquées diverses techniques utilisées par Milton Hyland ERICKSON, illustrées de vignettes cliniques tirées de la pratique de sexothérapeute de l'orateur.
- Travail en trio de mise en application pratiques des techniques éricksoniennes aussitôt après leur présentation.
- Nous nous centrerons de manière plus précise sur la technique phare de l'hypnose éricksonienne : la métaphore. Nous en apprendrons le principe de construction ; son utilisation dans la sexologie ; et le pourquoi de son efficacité.

REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

ARAOZ (D.) 1982 « *Hypnose et sexologie. Une thérapie des troubles sexuels.* » Paris, Albin Michel.
(éd) Trad. SANDALJIAN (Th.) 1994.

HOAREAU (J.) 1992 « *Hypnose clinique* » Paris Masson abrégé (éd.).

MARTINO (J. de)

a) 1992 « *L'imageonaute. Pourquoi la métaphore est-elle si opératoire en hypnose ? Métaphores lacanienne et éricksonienne* » in « *Hypnoses N° 1. Parcours thérapeutiques* » pp 65 -92, Paris Morissset (éd)

b) 2007 « *Hypnose et sexothérapie* » in « *Manuel de Sexologie* » LOPES(P.) et POUDAT (F-X). pp.327-329, Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson éd.

ROSSI (E.L.) 1993 « *Psychobiologie de la guérison. Influence de l'esprit sur le corps.* ». Paris, Hommes et perspectives (éd) trad. BERNOT(J.C) et MEYLAN PERNET (C.) 1994

LE COUPLE, SA DEMANDE, LE TOUCHER, LE THÉRAPEUTE

Martine POTENTIER

Masseur-Kinésithérapeute D.E, Sexologue Clinicienne, Physiothérapeute,
Enseignante dans le DIU de sexologie Marseille Montpellier
176 cours Lieutaud - 13006 MARSEILLE
Tél. 04 91 47 83 71
68 Bd Sébastopol - 75003 Paris
Tél. : 06 87 71 25 93
martinepotentier@free.fr

Cécile HOCHET

Psychothérapeute
Sexologue Clinicienne et Thérapeute de couple
Centre Médical - 15 rue Auguste Gervais
92130 Issy Les Moulineaux
Tél. : 06 71 21 55 71
c.hochet@orange.fr

RÉSUMÉ

*« On ne peut plus se toucher !
Je ne veux plus qu'il me touche !
Je ne sais pas comment m'y prendre ! »*

Après avoir exploré rapidement les enjeux, comment le thérapeute va intervenir sur le plan du toucher qui est tellement investi quand il est devenu impossible.

Toucher l'un quand l'autre est interdit de territoire, est une action qui demande circonspection. Le thérapeute qui est au milieu d'une relation en perte d'érotisation doit être attentif à ne pas prendre une place vers laquelle les fantasmes se fixeraient.

L'atelier nous permettra de décoder ensemble les écueils à éviter et par quels moyens être l'intermédiaire qui permettra au couple de renouer avec la proximité physique.

L'objectif à atteindre est un « guide de bonne conduite » pour tous les soignant concernés par ce sujet, qu'ils soient prescripteurs ou praticiens.

Le processus thérapeutique permet la verbalisation des sensations, de prendre acte des changements et de les intégrer dans une prise de conscience qui approfondit la compréhension propre. Les repères et les savoirs faire corporels acquis donnent des clés d'autonomisation.

REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

- *Corps réel, corps imaginaire*, Sami ALI. Ed : Dunod Paris 1977
- *L'analyse transactionnelle*, Vincent LENHARDT Ed : Retz Paris 1980
- *Le symbolisme du corps humain*, Annick de SOUZENELLE Ed : Albin Michel Paris 1991
- *L'énergie sexuelle masculine*, Mantak CHIA. Ed : Trédaniel Paris 1997
- *L'énergie sexuelle féminine*, Mantak CHIA. Ed : Trédaniel Paris 1996

LE COUPLE DONT L'UN DES MEMBRES EST L'AUTEUR D'UNE AGRESSION SEXUELLE

Maryvonne DESBARATS

Psychologue clinicienne, Sexologue.
Expérience de suivi en milieu carcéral/ pré ou post carcéral
de personnes auteurs de violence sexuelle.
Enseignante DIU de Toulouse
Centre de consultations sexologiques
10, rue des Arts 31000 Toulouse
maryvonne.desbarats@wanadoo.fr

RÉSUMÉ

Le sexologue peut être confronté à une situation de couple particulière, que la ou les personnes évoquent avec gêne, pudeur, honte, perplexité, n'osant en parler à personne parfois, sauf au sexologue, et mettant en jeu l'avenir du couple éventuellement.

Objectifs de l'atelier

1. **Comment interroger**, avec respect mais précision, pour **l'évaluation** sexologique, sans se laisser aveugler par nos représentations négatives, liées à nos émotions concernant les actes commis.
2. Comment **accompagner**, prendre en charge ce couple spécifique, dont la sexualité est rarement prise en compte dans d'autres types de prises en charge.

Quelles sont les étapes de la prise en charge ?

- Liées à la personnalité de l'agresseur
- Au type d'acte commis
- A la situation pré carcérale, carcérale ou post carcérale.

Moyens utilisés dans l'atelier

1. A partir de repères théoriques sur :
 - L'agression sexuelle
 - L'empathie, l'alliance thérapeutique
 - L'évaluation sexologique

Nous chercherons à mieux comprendre la constitution de ce couple là, à évaluer sa sexualité, pour mieux accompagner et prendre en charge, quel que soit le devenir de ce couple.

2. Nous étudierons de façon pratique des cas proposés par l'expert ou les participants et permettant de préciser :
 - Comment mettre en place l'alliance thérapeutique ?
 - Comment interroger, investiguer pour l'évaluation sexologique ?
 - Comment prendre en charge le couple sur le plan sexologique (les voir à deux, ou l'un) ?

REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

- BERTHOZ A, JORLAND G : *L'empathie*. Odile Jacob 2004
- CIAVALDINI A : *Psychopathologie des agresseurs sexuels*. Masson 1999

- DESBARATS M, BONAL M : *Agressivité et sexualité*, in Violences, actes de congrès 1994, Erès
- EXPERT J : *La femme du monstre*. Editions Anne Carrière, 2007
- LAMEYRE X : *Les violences sexuelles*. Les essentiels Milan 2001
- LEMAIRE Jean-G : *Le couple, sa vie, sa mort*. Payot 1979
- PHAM T H (sous la direction de) : *L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels*. Mardaga 2006 (Belgique)

RESTAURER L'INTIMITÉ : MÉTHODE RELATIONSHIP ENHANCEMENT

Nicole SARRADON GIRBAL

Psychologue psychothérapeute

DESS de psychologie clinique (1968 Aix-Marseille).

Présidente de l'IFRE.

Travaille avec les problématiques relationnelles (dont les relations conjugales) depuis 1994.

4 Place Pierre Roux - 13005 Marseille

Tél : 04 91 78 03 02 et 06 85 13 75 57

nicolesarradon@gmail.com

RÉSUMÉ

Pour que le travail entrepris avec les couples (traitement de la sexualité, de la stérilité, entre autres) puisse se faire dans un cadre où la qualité de la relation est porteuse (et non dépendante) de la mise en place de solutions ou de traitements.

Basée sur un programme psycho-éducatif, cette méthode ne demande pas de faire appel au passé, à l'histoire individuelle ou du couple. Elle met en place les conditions d'un entraînement du couple à utiliser 10 savoir-faire (dont l'écoute empathique, l'expression, la manière de discuter et de rechercher des solutions, Etc.) et accompagne le couple sur environs 7 à 10 séances. Les modalités de la pratique sont données avec précision, tant pour le thérapeute que pour le couple.

De nombreuses études ont montré l'efficacité de la méthode, en particulier une étude portant sur 5000 couples, et avec 12 techniques différentes, montre que RE est beaucoup plus efficace (qualité de la relation et de leur vie), à la fin de l'entraînement, à 6 mois et 3 ans après. (site NIRE)

Dans cet atelier, vous aurez des informations sur cette méthode de travail : les bases théoriques, les principes opérants, les recherches, les contextes d'utilisation.

Et vous pourrez expérimenter ou observer certaines phases de travail significatives : les 3 premières séances, intervention en situation de crise, utilisation avec une personne seule.

REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

- BERNARD G. GUERNEY Jr: (1977) *Relationship Enhancement Skill training programs for therapy*, Problem Prevention and Enrichment.
- GINSBERG B.G., Ph.D: (2004) *Relationship Enhancement Family Therapy*. Relationship Enhancement Press Doylestown Penns
- GINSBERG, B.G (2000) *Relationship Enhancement* in F.M.Dattilio and L.J. Bevilacqua (Eds), comparative Treatments for Relationship Dysfunction. New York, Springer: 273-3000
- GREEN, G.J.(1985-86)*The effect of the Relationship Enhancement program on marital communication and self esteem*. Journal of Applied Sciences, Fall/Winter, 10(1),78-94
- ROB F: *Scuka Relationship Enhancement therapy: Healing through Deep Empathy*. Ed ROUTLEDGE, New York 2005
- ROSS,E.R., Baker,S.B.,& Guerney,B.G.,Jr: (1985) *Effectiveness of Relationship Enhancement Therapy versus Therapist's Preferred Therapy*. The American Journal Of Family Therapy 13(1),11-21

- SNYDER M: (2000) *The loss and recovery of erotic intimacy in primary Relationship: Narrative therapy and Relationship Enhancement* in *The Family Journal: counseling and therapy for couples and families* 8(1),37-46
- *Manuel pour thérapeutes* RE. Bernard GUERNEY traduit par France Sarradon, 1994, édité par l'IFRE (adresse ci-dessus)

Site internet : www.nire.org (National Institute of Relationship Enhancement)

LE SYMPTÔME SEXUEL COMME LANGAGE DANS LE COUPLE

Robert NEUBURGER

Psychiatre, thérapeute de couple et de famille
Directeur du CEFA à Paris
95, Bd. Saint-Michel - 75005 Paris
robert@neuburger.fr

RÉSUMÉ

Frigidité alléguée, impuissances passagères et surtout perte de désir chez l'homme comme chez la femme sont souvent mis en avant dans les demandes de thérapie de couple. Parfois il peut s'agir de réels problèmes organiques ainsi dans un couple où madame avait un âge avancé et effectivement éprouvait des douleurs lors des rapports en raison d'une sécheresse vaginale ou de tel autre qui craignait les rapports en raison d'antécédents récents de cardiopathie. Mais le plus souvent nous sommes confrontés à des symptômes qui répondent à une situation conflictuelle où la rétorsion face à un mécontentement se porte au niveau de la sexualité. Ce ne sont pas des situations faciles à dépasser car la rétorsion peut être consciente ou non, le symptôme durable ou non. Nous avons connu une situation où la "bouderie" sexuelle a duré 19 ans ! Dans d'autres, c'est le contexte qui est en cause : difficultés éducatives retentissantes sur le couple, problèmes de deuil etc...

Le séminaire sera essentiellement consacré à des études de cas et à montrer des techniques d'entretien spécifiques. Il sera possible aux participants de présenter des situations de rencontres avec des couples présentant ce type de difficulté d'utiliser les symptômes sexuels comme message dans des interactions conflictuelles.

REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

- R. NEUBURGER : *"Nouveaux couples"*, collection Poche, Jacob éd.
- R. NEUBURGER : *"On arrête, on continue, faire son bilan de couple"*, Payot éd.
- R. NEUBURGER : *"L'art de culpabiliser"*, éd. Payot

L'ACCOMPAGNEMENT STRATÉGIQUE DU COUPLE

Philippe BRENOT

Directeur du DIU de Sexologie de l'Université Paris V
Président de l'Observatoire International du Couple
54, rue de Prony - 75017 Paris
philippe.brenot@quidam.net
www.couple.asso.fr <<http://www.couple.asso.fr>>

RÉSUMÉ

La structure particulière du couple, unité sociale minimale confrontée depuis peu à une remise en question traumatisante, est le lieu de l'amplification des traits de la personnalité et des réactions névrotiques. Lorsque la crise ne peut être surmontée, la décompensation est souvent inéluctable. De nombreuses approches ont pu être proposées, issues de la psychanalyse et des prises en charges individuelles, issues des thérapies familiales et de groupes, issues enfin des approches systémiques et stratégiques. Ces dernières sont fondées sur le constat de la mise en jeu erronée de solutions personnelles à des problèmes individuels dans un conflit à deux dont chacun a du mal à comprendre le processus.

Quelques principes d'une telle prise en charge peuvent être proposés : 1 - dans un couple il n'est que des **vérités partielles**, il n'y a ni raison ni tort, mais deux vérités concomitantes, dans la mesure où « le contraire de la vérité est également vrai ». 2 - Tout couple a des **raisons personnelles de produire une crise** dont il porte l'entière responsabilité mais aussi l'entière compréhension et donc les possibilités de résolution. 3 - Le couple fabrique **ses propres illusions** pour que le présent puisse être vécu dans l'instant de cette illusion ? C'est cette illusion qui doit être travaillée. 4 - La stratégie d'accompagnement des couples vise tout d'abord à leur **apprendre** comment penser, observer, agir pour permettre, souvent à court terme, leur autonomie.

L'accompagnement stratégique du couple est ainsi fondé sur la mise en jeu de sa capacité au changement, qui devra être clairement évaluée dès les premiers entretiens, puis sur l'évolution rapide des symptômes relationnels dont la résolution permettra de mettre en place une nouvelle forme du couple, elle-même génératrice d'un nouvel équilibre personnel et à deux. Cette approche constructiviste pose les deux partenaires en tant qu'acteurs de la reconstruction et de **l'invention d'un nouveau couple**.

REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

- BRENOT P., *Inventer le couple*, Odile Jacob, 2001.
- NARDONE G., *Psychosolution*, L'Esprit du Temps, 1998.
- NARDONE G. et WATZLAWICK P., *L'art du changement*, L'Esprit du Temps, 1996.
- WATZLAWICK P. (ss dir), *L'invention de la réalité, Contributions au constructivisme*, Le Seuil, 1988.

DÉPRESSION ET TROUBLE DE LA SEXUALITÉ

Organisateur : A. SEVÈNE - Expert : J. CHAUMERON

Animateurs : A. CORMAN, JR. DINTRANS, C. ESTURGIE, G. FORMET, E. TANNEAU

Cette formation organisée par la SFSC est financée par le Fonds d'Assurance Formation de la Profession Médicale (FAF) des médecins libéraux. Elle est validante dans le cadre de la FMC.

OBJECTIFS DE LA FORMATION

Objectif primaire : amélioration de la pratique individuelle

- Apprendre à aider le patient à exprimer d'emblée sa plainte dans sa complexité avec la certitude qu'elle soit entendue à travers tous ses aspects, organiques, psychiques et sexuels
- Dépister les troubles sexuels secondaires à la dépression ou à l'origine de la dépression
- Apprendre à bien connaître les différentes classes d'antidépresseurs avec leurs effets secondaires sur la sexualité

Objectif secondaire : optimiser les ressources de santé

- Limiter la prescription des antidépresseurs
- Utiliser en première intention des médicaments ayant peu ou pas d'impact négatif sur la sexualité
- Éviter le « vagabondage » médical en maintenant le patient dans la structure du réseau de soins

Au terme de l'action, les participants devront avoir acquis les compétences et les savoir-faire suivants :

- Être suffisamment à l'aise avec la sexualité pour pouvoir interroger le patient (la patiente) sur sa vie sexuelle
- Intégrer la notion que la bonne santé générale englobe le psychisme et la sexualité et que la plainte sexuelle à l'égal de la plainte concernant un trouble de l'humeur est une préoccupation de santé justifiée qui doit être entendue
- Apprendre à utiliser dans ce but, différentes échelles d'auto ou d'hétéro-évaluation
- Quand des médicaments indispensables s'avèrent iatrogènes sur la sexualité, savoir apprendre au patient à vivre le mieux possible sa frustration sexuelle temporaire, si besoin savoir lui prescrire des médicaments sexoactifs.

ORGANISATION

Cette formation regroupera 30 participants (maximum). Après un exposé de l'expert sur la clinique de l'état dépressif et des troubles de l'humeur et la connaissance des échelles d'évaluation, ainsi que sur des notions générales de sexologie si nécessaire, le groupe sera scindé en ateliers de 10 personnes maximum.

Chaque atelier sera animé par deux intervenants (un psychiatre et un sexologue) sous la forme de jeux de rôles avec des cas cliniques.

La suite de la formation consistera en la confrontation des réflexions des sous groupes sur les jeux de rôles avec évolution vers l'intégration des conseils et repères de diagnostics et de prise en charge, en particulier sur la gestion des traitements antidépresseurs, la mise en œuvre de traitements sexo-actifs d'appoint et l'importance d'une prise en charge relationnelle d'accompagnement. Les informations délivrées doivent permettre au participant d'être à l'aise dans les différentes situations.

REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

- BANCROFT, J., JANSSEN, E., STRONG, D., CARNES, L., VUKADINOVIC, Z., & LONG, J.S. (2003). *The relationship between mood and sexuality in heterosexual men*. Archives of Sexual Behavior, 32, 217-230.
- BEACH, S. R. H., SANDEEN, E. E., & O'LEARY, K. D. (1990). *Depression in marriage: A model for etiology and treatment*. New York: Guilford Press.
- BECK, A.T., WARD, C., MENDELSON, M., MOCK, J., & ERBAUGH, J. (1961). *An inventory for measuring depression*. Archives of General Psychiatry, 4, 53-63.
- Guy BODENMANN Thomas LEDERMANN. *Depressed Mood and Sexual Functioning* . International Journal of Sexual Health Vol.19 Number 4 2007 5P (page 63à73)
- COYNE, J.C. (1976). *Toward an interactional description of depression*. Psychiatry, 39, 28-40.
- FINCHAM, F.D., BEACH, S.R.H., HAROLD, G.T., & OSBOURNE, L.N. (1997). *Marital satisfaction and depression: Longitudinal relationships for husbands and wives*. Psychological Science, 3, 351-357.
- FROLICH, P., & MESTON, C. (2003). *Sexual functioning and self-reported depressive symptoms among college women*. Journal of Sex Research, 39, 321-325.
- GARVEY, M. J. (1985). *Decreased libido in depression*. Medical Aspects of Human Sexuality, 19, 30-34.
- HAHLOWEG, K. (1996). *Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (FPD)* [Relationship questionnaire]. Göttingen: Hogrefe.
- LOWENTRITT B.H. SKAR GN. *The effects of erectile dysfunction on patient medication compliance*. AUA 2004 poster 874 (traitement antidépresseur interrompu pour DE 73% sur 959 patients)
- LYKINS, A.D., JANSSEN, E., & GRAHAM, C.A. (2006). *The relationship between negative mood and sexuality in heterosexual college women and men*. The Journal of Sex Research, 43, 136-143.
- MCCABE, S.B., & GOTLIB, I.H. (1993). *Interactions of couples with and without a depressed spouse: Self-report and observations of problem-solving situations*. Journal of Personality and Social Psychology, 10, 589-599.
- MCVEY, T.B. (1997). *Depression among women with hypoactive sexual desire: Orgasm consistency training and effect on treatment outcome*. Canadian Journal of Human Sexuality, 6, 211-220.
- NICOLISI, A., MOREIRA, E., VILLA, M., & GLASSER, D.B. (2004). *A population study of the association between sexual function, sexual satisfaction and depressive symptoms in men*. Journal of Affective Disorder, 82, 235-243.
- SNYDER, D.K. (1981). *Marital satisfaction inventory (MSI)*. Manual. Los Angeles: Western Psychological Services.
- TRUDEL, G., LANDRY, L., & LAROSE, Y. (1997). *Low sexual desire: The role of anxiety, depression and marital adjustment*. Sexual and Marital Therapy, 12, 95-99.
- *Etude de la prescription et de la consommation des antidépresseurs* agmed.santé.gouv.fr/pdf/5/5015.pdf. Observatoire National des prescriptions et consommations des médicaments Juillet 98
- *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – DSM-IV* - Ed Masson - 4^{ème} Edition - 1996

Liste des
participants

ABRAHAM Georges
13, avenue Krieg
CH-1208 GENEVE – SUISSE
Tél. : +41 22 347 75 32
Fax : +41 22 349 62 93
E-mail : maud.struchen@bluewin.ch

ABSIL Anne-Sophie
45, Bellemansheide
B-1640 RHODE-SAINT-GENESE
BELGIQUE
Tél. : +32 477 602 183
Fax : +32 477 602 183
E-mail : annesophie.absil@bordet.be

ACHOUR Catherine
Médecine physique et réadaptation
Hôpital Belle Isle
Rue Belle Isle
57000 METZ Cedex 1 – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 87 34 11 04
E-mail : pierre.achour@wanadoo.fr

ADORIAN Danielle-Eugénie
Cabinet médical
10, passage Lisa
75011 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 49 29 47 41
Fax : +33 (0)1 43 67 66 72
E-mail : deadorian@aol.com

AGNAMI Germain
Gynécologie AMP
CHU Besançon
La Mère et l'Enfant
Avenue du 8 mai 1945
25030 BESANCON – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 81 21 88 04
Fax : +33 (0)3 81 21 88 06
E-mail : fiv@chu-besancon.fr

AILLIOT Marc
22, avenue de la Gare
83260 LA CRAU – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 94 66 70 66
Fax : +33 (0)4 94 66 26 74
E-mail : marcailliot@wanadoo.fr

AISSA BACCOUCHE - FEKIH Soraya
179, avenue des Soeurs Gastine
13400 AUBAGNE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 42 84 70 84
E-mail : sbaccouche@ch-aubagne.fr

ALLAIN Christian
90, avenue Raymond Barre
97427 L'ETANG-SALE, LA REUNION – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 62 26 49 49
Fax : +33 (0)2 62 26 52 63
E-mail : ch.allain@reunionsante.net

AMADIEU Elisa
Centre médical Galilée
61, route de Genas
69100 VILLEURBANNE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 72 13 31 95
E-mail : amadieu.elisa@wanadoo.fr

AMAND Michel
Rue de Tervaeete, 62
B-1040 BRUXELLES – BELGIQUE
Tél. : +32 475 433 706
Fax : +32 267 54 183
E-mail : michel.amand@telenet.be

ANCEL Patricia
4, rue Bizet
34830 CLAPIERS – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 67 59 48 90

ANIDO Ramon
Cabinet médical
72, rue de Paris
93260 LES LILAS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 48 97 12 19

ARNAUD-BEAUCHAMPS Nicole
Cabinet médical
32, avenue du Général Leclerc
17000 LA ROCHELLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 46 67 89 67
Fax : +33 (0)5 46 67 89 67
E-mail : narnaudb@aliceadsl.fr

ARNOULD-DRISS Lilia
55, avenue Alsace Lorraine
38000 GRENOBLE – FRANCE
E-mail : docteur.arnouldriss@wanadoo.fr

ASSCHEMAN Henk
HAJAP
Valeriusstraat 4 HS
NL-1071 MH AMSTERDAM
THE NETHERLANDS
Tél. : +31 20 6767 245
E-mail : h.ajap@worldonline.nl

ASSOSSOU Irène
58, rue du Maréchal Leclerc
69800 SAINT-PRIEST – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 78 20 56 84
Fax : +33 (0)4 78 20 97 14
E-mail : irasso@hotmail.com

ASSUELLI Fabiano
Route de l'Avenir, 15
CH-2854 BASSECOURT – SUISSE
Tél. : +41 32 426 44 44
Fax : +41 32 426 44 18
E-mail : assuelli.cab@bluewin.ch

AUBLANC-FARLAY Nathalie
Maternité
Clinique Adassa
13, place de Haguenau
67082 STRASBOURG Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 88 15 11 05
E-mail : n.aublancfarlay@free.fr

AUBRY Michel
2, boulevard Michelet
13008 MARSEILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 91 55 63 46
Fax : +33 (0)4 91 33 76 09
E-mail : m.aubry3@wanadoo.fr

AUQUIER-DELERUE Sophie
19, rue de Noyelles
59267 PROVILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 27 83 25 93
E-mail : frederic.auquier486@orange.fr

AVERSENG Sylvie
320, chemin de Labourdette
31380 GRAGNAGUE – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 61 09 00 94
E-mail : sylvieaverseng@wanadoo.fr

BABEY Brigitte
16, rue du 19 mars 1962
92230 GENNEVILLIERS – FRANCE
E-mail : b.babey@laposte.net

BACCIGALUPO Muriel
Cabinet médical
24, avenue Bouisson Bertrand
34090 MONTPELLIER – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 67 02 45 33
E-mail : mbacci@club-internet.fr

BACHELET Karine
CMP
39, faubourg de Chartres
91410 DOURDAN – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 64 59 49 49
E-mail : karinedav@orange.fr

BACUS Anne
46, square des Groues
92000 NANTERRE – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 47 21 65 91
E-mail : anebacus@gmail.com

BAILLEUX Céline
CH Valenciennes
128, avenue Desandrouin
59300 VALENCIENNES – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 27 14 30 14
E-mail : bailleuxce@aol.com

BALLOT Jean-Jacques
61, rue Alexandre Dumas
80090 AMIENS – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 22 33 40 70
Fax : +33 (0)3 22 33 40 78
E-mail : doc.gyneco.ballot@orange.fr

BALLOT Michel
191, rue de la Carnoy
59130 LAMBERSART – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 20 22 87 50
Fax : +33 (0)3 20 22 87 50
E-mail : michel.ballot@wanadoo.fr

BARAKAT Bassem
Winnicott
CHS Saint-Egrève
22, rue Adolphe Muguet
38120 SAINT-EGREVE Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 76 56 43 80
Fax : +33 (0)4 76 56 45 92
E-mail : barakatbassem@yahoo.fr

BARAUD Chantal
16, rue du Général de Gaulle
44210 LE CLION-SUR-MER – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 40 82 61 72
Fax : +33 (0)2 51 74 03 05
E-mail : baraudgreffier@hotmail.com

BARBANCEYS Dominique
Conseil Général du Rhône
29-31, cours de la Liberté
69483 LYON Cedex 03 – FRANCE
E-mail : dominique.barbanceys@rhone.fr

BARBARO Albert
20 bis, rue Boileau
Boîte 57
75016 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 45 44 77 77
E-mail : dr.barbaro@wanadoo.fr

BARBAROUX Amandine
1, rue Richier
13010 MARSEILLE – FRANCE
E-mail : mandybax51@hotmail.com

BARRETEAU Fabienne
96, avenue du Maine
75014 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 43 21 30 25
Fax : +33 (0)1 43 35 25 98
E-mail : fabienne.barreteau@gmail.com

BARTHE DE MASSY Sophie
11, chemin de la Perrière
31180 SAINT-GENIES-BELLEVUE
FRANCE
Tél. : +33 (0)5 62 89 45 64
E-mail : sophie.bdm@free.fr

BARTIER Anne-Sophie
CIRM - CRIPS
235, avenue de la Recherche
BP 86
59373 LOOS Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 20 15 49 30
Fax : +33 (0)3 20 15 49 01
E-mail : asbartier@cirm-crips.org

BARTIN Marc
18, rue des Farges
63000 CLERMONT-FERRAND – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 73 91 70 82
E-mail : bartin.marc@wanadoo.fr

BASTIEN Nathalie
Rue de Vinalmont, 6
B-4530 VILLERS-LE-BOUILLET
BELGIQUE
Tél. : +32 0473 55 10 14
E-mail : nathalie.bastien@skynet.be

BAUDET Sylvie
126, résidence Elysée II
78170 LA-CELLE-SAINT-CLOUD
FRANCE
Tél. : +33 (0)1 39 69 75 50
E-mail : syjuor@hotmail.com

BAUDOIN Françoise
3, rue Alsace Lorraine
12100 MILLAU – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 65 61 09 44
E-mail : docteur.baudoin@wanadoo.fr

BAUWENS Sabrina
Rue du bois d'Avray, 4
B-4000 LIEGE – BELGIQUE
E-mail : bauwenssabrina@hotmail.com

BEAUGÉ Michel
12, rue de la Solidarité
29000 QUIMPER – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 98 95 30 18
E-mail : beaugemichel@gmail.com

BEGUIN Claire
Centre de Planning Familial
Avenue Leopold Wiener, 64
B-1170 BRUXELLES – BELGIQUE
Tél. : +32 26 733 934
E-mail : claire_beguina@hotmail.com

BELEY Sébastien
Hôpital Tenon
4, rue de La Chine
75970 PARIS Cedex 20 – FRANCE

BELHASSEN Willy
4, rue de la Providence
75013 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 45 80 06 29
E-mail : pro.wib@free.fr

BELLIN Jacques
1, rue du Lieutenant Soufflay
94210 LAVARENNE SAINT-HILAIRE – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 64 71 60 18
Fax : +33 (0)1 64 71 60 19
E-mail : jacques.bellin@ch-melun.fr

BELTRAN Laura
Pluralis
91, rue Saint-Lazare
75009 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 55 31 95 90
E-mail : laurabeltran@netcourier.com

BEN HADJ YAHIA Samira
348, avenue Sully
62400 BETHUNE – FRANCE

BEN NAOUM Kamel
Service du Professeur Costa
CHU Carémeau
Place du Professeur Robert Debré
30900 NIMES – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 66 68 33 51
Fax : +33 (0)4 66 68 37 20
E-mail : kamelbennaoum@yahoo.fr

BENAISSA Kamel
1, rue Chaabi Mokhtar
AL-28200 BOUSAADA – ALGERIE
Tél. : +213 772 289 366
Fax : +213 355 225 67
E-mail : benaissakamel@hotmail.fr

BÉNARD Nicole
Cabinet médical
32, place Charles de Gaulle
76210 BOLBEC – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 35 31 59 21
Fax : +33 (0)2 35 39 04 24
E-mail : benard.nicole@wanadoo.fr

BENGHOZI Pierre
Psychiatrie Enfant Adoléscent Famille
Unité Clinique du Lien et Périnatalité
164, chemin du Rollier
83210 LA FARLEDE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 94 33 07 21
E-mail : pbenghozi@wanadoo.fr

BENHAÏM René
14, Lieu-dit le Pontet Sud Ouest
33390 EYRANS – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 57 42 13 98
Fax : +33 (0)5 57 64 51 79
E-mail : renebe7@yahoo.fr

BENILLOUCHE Willy
Cabinet médical du Parc
4, square des Côteaux
95130 FRANCONVILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 34 14 11 21
Fax : +33 (0)1 34 14 50 55
E-mail : willybenillouche@orange.fr

BENJAMIN Alexandre
12, rue de Cannes
59000 LILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 20 62 05 05

BENOIST Pascal
48, rue Mouffetard
75005 PARIS – FRANCE
E-mail : pascalwbenoist@yahoo.fr

BERDOUGO Charles
26, rue Jacques Le Paire
77400 LAGNY-SUR-MARNE – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 60 07 00 87
Fax : +33 (0)1 64 30 67 68
E-mail : charlesberdougou@orange.fr

BERGER Françoise
36, avenue Julien
63000 CLERMONT-FERRAND – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 73 35 02 50
E-mail : francoise.berger@hotmail.fr

BERGES Marie-Laure
6, avenue Foch
40110 MORCENX – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 58 07 99 31
E-mail : marielaure.berges@wanadoo.fr

BERNARD Annic
185, rue de la Grande Charrière
69730 GENAY – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 78 91 78 78

BERNARD Aurélie
9, avenue Desambrois
Palais Stella
06000 NICE – FRANCE
E-mail : aurelie79bernard@yahoo.fr

BERNARD Chantal
CEPF
Département du Rhône
29-31, cours de la Liberté
69003 LYON – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 72 24 19 18
E-mail : dominique.barbanceys@wanadoo.fr

BERTELOOT Isabelle
30, rue de Beaumont
59140 DUNKERQUE – FRANCE

BERTIN Marc-Michel
757, avenue Charles de Gaulle
01800 VILLIEU – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 74 61 12 34
E-mail : marc.5106@voila.fr

BERVILLE LEVY Sophie
2, avenue René Coty
75014 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 43 21 21 05
Fax : +33 (0)1 42 79 04 33
E-mail : sophie.berville@wanadoo.fr

BESSIS Serge
Centre Médical Carnot-Forbian
8, rue Condorcet
Espace Carnot Forbian - 2e étage
13100 AIX-EN-PROVENCE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 42 96 49 38

BESTAUX Manon
Rue Dos Fanchon, 17
B-4020 LIEGE – BELGIQUE
Tél. : +32 472 307 457
E-mail : dr.m.best@gmail.com

BÉTOU-BASCOULÈS Martine
21, avenue Jean Mermoz
12000 RODEZ – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 65 68 62 28
E-mail : bascoules.martine@neuf.fr

BEYRA-VANNESTE Ana-Luisa
Gynécologie
Clinique Saint-Pierre
Avenue Reine Fabiola, 9
B-1340 OTTIGNIES-LOUVAIN L NEUVE
BELGIQUE
Tél. : +32 010 65 74 44
E-mail : analby@hotmail.com

BIERNAUX Vinciane
Avenue Paul Deschanel, 152/13
B-1030 BRUXELLES – BELGIQUE
Tél. : +32 221 59 620
E-mail : vibierna@hotmail.com

BIJAOUI Sylvie
4, place Gustave Rivet
38000 GRENOBLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 76 12 16 00
Fax : +33 (0)4 76 12 16 06

BINET Bertrand
Centre Hospitalier
18, avenue du Port
17900 SAINT-JEAN-D'ANGELY – FRANCE
E-mail : binet.ber@voila.fr

BIOLLEY Nadine
13, rue de la Mare de Troux
78280 GUYANCOURT – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 30 64 01 48
E-mail : nadine.biolley@club-internet.fr

BIROT Jean-Luc
Cabinet médical
1, allée des Charmes
33210 CASTETS-EN-DORTHE – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 56 62 82 15
Fax : +33 (0)5 56 62 05 77
E-mail : dr.birrot@wanadoo.fr

BITZ Véronique
Centre Hospitalier d'Arras
Boulevard Besnier
BP 914
62022 ARRAS – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 21 21 17 60

BLACHÈRE Patrick
Cabinet médical Le Grand Hôtel
3, place du Revard
73100 AIX-LES-BAINS – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 79 88 32 93
Fax : +33 (0)4 79 61 34 31
E-mail : blacheraix@wanadoo.fr

BLERVAQUE Ysabel
6, place Carnot
69002 LYON – FRANCE
E-mail : yvaque@gmail.com

BLEUZET Annie
Service de prévention santé
UTPAS du Haubourdin
La Bassée
16, rue d'Englos
59482 HAUBOURDIN Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 20 48 46 45
E-mail : annie.bleuzet@wanadoo.fr

BLOND Didier
Association ADIRS
BP 63
59003 LILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)825 00 00 10
E-mail : adirs@wanadoo.fr

BLONDIAU Julie
Rue du Brillant, 86
Boîte 69
B-1170 BRUXELLES – BELGIQUE
Tél. : +32 477 880878
E-mail : ju.blondiau@gmail.com

BOCLINVILLE Audrey
9B, Le Houpet
B-4190 FERRIERES – BELGIQUE
Tél. : +32 473 38 22 66
E-mail : audreyboc@hotmail.com

BODA Mireille
Cabinet médical
2, boulevard Jean Jaurès
06300 NICE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 93 80 40 31

BOIRON Michelle
14, rue de Phalsbourg
75017 PARIS – FRANCE
E-mail : michelle.boiron@wanadoo.fr

BOLLENGIER Marie-Louise
188, rue Nationale
59800 LILLE – FRANCE

BONAL-GAYRAUD Michèle
Cabinet médical
Centre Commercial Saint-Caprais
26 bis, rue du Lac Bleu
31240 L'UNION – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 61 35 85 38
Fax : +33 (0)5 62 89 37 18
E-mail : drmichelebonal@wanadoo.fr

BONDIL Pierre
Chirurgie B3
CH de Chambéry
7, square de Massalaz
BP 1125
73011 CHAMBERY Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 79 96 51 42
Fax : +33 (0)4 79 96 51 99
E-mail : pierre.bondil@ch-chambery.fr

BONIERBALE Mireille
Service du Professeur Lançon
CHU Sainte-Marguerite
Pavillon IV - BP 29
270, boulevard de Sainte-Marguerite
13274 MARSEILLE Cedex 09 – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 91 74 48 71
Fax : +33 (0)4 91 74 62 16
E-mail : mireille.bonierbale@wanadoo.fr

BONPAIN-PINOIT Isabelle
1, rue des Anges
59200 TOURCOING – FRANCE

BORDENAVE Isabelle
Résidence le Bosquet
10, rue des Lilas
64600 ANGLET – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 40 39 56 83
E-mail : ibordenave@hotmail.com

BOS-HOFMANN Elisabeth
19, rue Pasteur
05100 BRIANCON – FRANCE

BOU JAOUDÉ Gilbert
CETPARP
3, rue Carolus
59000 LILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 20 93 50 70
E-mail : boujaoude@orange.fr

BOUCETTA Khalid
Maternité - Gynécologie
CH François Quesnay
2, boulevard de Sully
78201 MANTES LA JOLIE Cedex
FRANCE

BOUCHEMA Toufik
Centre du Docteur Bouffard Vercelli
Cap Perefitte - 1er et 2e étage
Route de Banyuls
66290 CERBERE – FRANCE

BOUET Patrick
Service urologie - gynécologie
CHU Poitiers
Route de la Militerie
86021 POITIERS – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 49 44 40 92
Fax : +33 (0)5 49 44 41 53

BOUILLY Patrick
Cabinet médical Cheverny Santé
16, avenue de la Poste
95000 CERGY-PONTOISE – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 30 75 21 21
Fax : +33 (0)1 30 75 21 23
E-mail : p.bouilly@wanadoo.fr

BOULAD Monique
Rue des Hauchies, 107
B-6042 LODELINSART – BELGIQUE
Tél. : +32 477 656 081
E-mail : moboulad@hotmail.com

BOULOY Pénélope Huguette
154, rue Legendre
75017 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 42 26 68 74
E-mail : h.bouloy@dbmail.com

BOURENNANE Slimane
61, rue Gervais Bussière
69100 VILLEURBANNE – FRANCE
E-mail : lecorail@gmail.com

BOURGET Patricia
Maison Médicale de la Plaine
68 bis, avenue de la République
37170 CHAMBRAY-LES-TOURS – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 47 75 17 84
E-mail : bourgetpatricia@gmail.com

BOURGOIS Claude
Service de prévention santé
Conseil Général - Département du Nord
4, rue Monseigneur Marquis
BP 5306
59379 DUNKERQUE Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 28 24 04 00
Fax : +33 (0)3 28 64 75 06
E-mail : cbourgois@cg59.fr

BOURGONJON Damien
11, rue de Launet
B-6870 HATRIVAL – BELGIQUE
Tél. : +32 616 58 580
Fax : +32 612 33 970
E-mail : damien.bourgonjon@gmail.com

BOURGUIGNON Michel
Cabinet médical
8 ter, rue du Port
60410 VERBERIE – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 44 38 01 77
Fax : +33 (0)3 44 38 01 76
E-mail : m.bourguignon01@free.fr

BOUTON Alain
39, rue Bichat
75010 PARIS – FRANCE

BOUTTEN Aurélie
55, rue Paul Francke
59180 CAPPELLE-LA-GRANDE – FRANCE
E-mail : aboutten@hotmail.com

BOY Claire
Cabinet médical
25, avenue Emile Dewoitine
31200 TOULOUSE – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 61 22 13 55
Fax : +33 (0)5 61 22 13 55

BOYER Nicole
805 B, avenue du Maréchal Leclerc
34070 MONTPELLIER – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 67 65 11 53
Fax : +33 (0)4 67 99 54 04
E-mail : cabinetboyer@aol.com

BOZEK Martha
Association ADIRS
BP 63
59003 LILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)825000010
E-mail : adirs@wanadoo.fr

BRANSWYCK Jérôme
60, boulevard Hubert Delisle
97410 SAINT PIERRE, LA REUNION
FRANCE
Tél. : +33 (0)2 62 24 45 45
Fax : +33 (0)2 62 25 11 11
E-mail : dr.branswyck@wanadoo.fr

BRASSART Luc
SCM Fleming
163, rue de Mouvaux
59200 TOURCOING – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 20 26 93 93
Fax : +33 (0)3 20 68 91 92
E-mail : luc.brassart@wanadoo.fr

BRENOT Philippe
54, rue de Prony
75017 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 47 66 39 87
Fax : +33 (0)1 42 12 02 88
E-mail : philippe.brenot@quidam.net

BREUT Jacqueline
60, rue Pen Ar Hoat
29200 BREST – FRANCE
E-mail : jacqueline.breut@wanadoo.fr

BRÉVIERE-GROLIER Martine
458, rue Albert Bailly
59700 MARCQ-EN-BAROEUL – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 20 24 17 82

BROHET Sophie
29, cours Vitton
69006 LYON – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 78 89 76 00
Fax : +33 (0)4 78 94 00 29
E-mail : s.brohet@laposte.net

BROUILLET Michel
5, rue de la Prairie
93600 AULNAY-SOUS-BOIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 48 66 11 99
E-mail : michel@brouillet.org

BRUNEL DALMAS Florence
Immunologie clinique
Hôpital Edouard Herriot
5, place d'Arsonval
Pavillon P
69437 LYON Cedex 03 – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 72 11 02 29
Fax : +33 (0)4 72 11 68 90
E-mail : florence.brunel-dalmas@chu-lyon.fr

BUFFAT Juliette
Chemin Paul Rose, 7
CH-1213 ONEX – SUISSE
Tél. : +41 22 793 12 00
Fax : +41 22 793 12 59
E-mail : jbuffat@hin.ch

BUSSELOT Claire
29, rue des Quatre Eglises
54000 NANCY – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 83 17 00 60
Fax : +33 (0)3 83 30 57 80
E-mail : claire.busselot@wanadoo.fr

CABANIS Catherine
4, cours de la République
11400 CASTELNAUDARY – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 68 94 00 36
Fax : +33 (0)5 62 26 44 13
E-mail : catherine.cabanis@wanadoo.fr

CABAUD Victoire
Centre Hospitalier de Chambéry
BP 1125
73011 CHAMBERY Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 79 96 50 49
Fax : +33 (0)4 79 96 56 78
E-mail : victoire.cabaud@ch-chambery.fr

CABROL Bernard
15, place de la République
81100 CASTRES – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 63 59 79 79
Fax : +33 (0)5 63 59 67 23
E-mail : cabrol.bernard@wanadoo.fr

CAHEN Pierre
Cabinet médical de Santé Sexuelle
68, boulevard de Sébastopol
75003 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 40 27 05 66
E-mail : pierre@cahen.org

CALLOT Véronique
24, rue du Vieux Marché aux Poissons
67000 STRASBOURG – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 88 22 67 42
Fax : +33 (0)3 88 23 76 26
E-mail : v.callot@hotmail.fr

CANILLOS Josette
5, rue Jules Ferry
73000 CHAMBERY – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 79 85 46 17
E-mail : josettecanillos@hotmail.fr

CAPELLE Angélique
38, avenue des Iles d'Or
83400 HYERES – FRANCE
E-mail : angeliquecapelle@yahoo.fr

CAPOCHICHI Thomas
Urologie
Hôpital Bel-Air
1-3, rue de Frescaty
57100 THIONVILLE Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 82 55 84 44
Fax : +33 (0)3 82 55 84 49
E-mail : t.capochichi@chr-metz-thionville.fr

CAPRASSE Sandra
Avenue du Chêne Madame, 20
B-4121 NEUPRE – BELGIQUE
Tél. : +32 437 130 08
E-mail : sandracaprass@live.be

CARCY Gérard
11, chemin de la Perrière
31180 SAINT-GENIES-BELLEVUE
FRANCE
Tél. : +33 (0)5 62 89 45 64
E-mail : gerard.carcy@free.fr

CARDINAL Mireille
Donkerstraat, 23
B-1650 BEERSEL – BELGIQUE
Tél. : +32 473 321 071
Fax : +32 477 447 154
E-mail : micardin@ulb.ac.be

CARLOTTI Laurent
49, boulevard de la Liberté
35000 RENNES – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 99 31 71 11
E-mail : carlotti.l@wanadoo.fr

CARPENTIER Gérard
La Condamine
Bâtiment 1B
39570 PERRIGNY – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 84 24 71 77
Fax : +33 (0)3 84 24 31 45
E-mail : gerard.carpentier20@wanadoo.fr

CATESSON Pauline
167, rue de Paris
59000 LILLE – FRANCE
E-mail : paulinecateson@hotmail.fr

CAVIN Chantal
11, place de la Liberté
56100 LORIENT – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 97 88 12 40
Fax : +33 (0)2 97 37 34 42
E-mail : cmliberte@wanadoo.fr

CELESTINE Alain
Résidence Jean-Moulin
1, rue Francis Poulenc
94260 FRESNES – FRANCE
E-mail : alain.celestine@orange.fr

CESPEDES Vincent
59, rue du Faubourg-du-Temple
75010 PARIS – FRANCE
E-mail : v.cespedes@wanadoo.fr

CHAABAN Imad
14, place Jean-Baptiste Durand
47000 AGEN – FRANCE
E-mail : imad.chaaban@wanadoo.fr

CHABAN Marie-Noëlle
9, rue Léonard Jarraud
16400 LA COURONNE – FRANCE
Tél. : +33 (0)9 77 97 46 49
E-mail : consultation.couple@live.fr

CHABY Lucien
45, rue de Maubeuge
75009 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 48 78 46 88
Fax : +33 (0)1 42 80 25 12
E-mail : lucien.chaby@free.fr

CHAN Chun Ngok
Résidence L'Europe - Lotissement 61
12, rue de Sotteville
76100 ROUEN – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 35 62 13 41
Fax : +33 (0)2 35 03 89 50
E-mail : nchan76@wanadoo.fr

CHARBONNEL-MASSÉ Anne
3, rue Saint-Symphorien
51100 REIMS – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 26 35 19 63
Fax : +33 (0)3 26 50 68 75
E-mail : dr.anne.charbonnel-masse@wanadoo.fr

CHARDARD Anneke
Les Taillades
30120 AULAS – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 67 81 82 25
E-mail : anneke.chardard@wanadoo.fr

CHARLON Anne
178, quai Louis Blériot
75016 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 42 24 43 65
E-mail : a.charlon@laposte.net

CHARVIER Kathleen
Villa 17
131, avenue du Général de Gaulle
69300 CALUIRE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 78 86 50 77
Fax : +33 (0)4 78 86 52 21
E-mail : kathleen.charvier@chu-lyon.fr

CHATELLIN Michèle
31, avenue Jean Jaurès
59220 DENAIN – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 27 44 28 69
Fax : +33 (0)3 27 26 50 89
E-mail : docteur.chatellin@wanadoo.fr

CHAUMERON Jacques
22, avenue de la Libération
86000 POITIERS – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 49 88 25 10
Fax : +33 (0)5 49 52 56 67
E-mail : jacqueschaumeron@wanadoo.fr

CHAUMERON-COUSIN Sophie

22, avenue de la Libération
86000 POITIERS – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 49 88 25 10
Fax : +33 (0)5 49 52 56 67

CHEVALIER Pascale

Psychiatrie
Clinique Jeanne d'Arc
15, rue Jeanne d'Arc
94160 SAINT-MANDE – FRANCE

CHEVALLIER Luc

CH Gabriel Martin
38, rue Labourdonnaix
BP 160
97863 SAINT-PAUL, LA REUNION Cedex
FRANCE
Tél. : +33 (0)2 62 45 30 20
Fax : +33 (0)2 62 45 30 25
E-mail : sepropharmreunion@wanadoo.fr

CHEVRET-MEASSON Marie

Cabinet médical
283, rue de Créqui
69007 LYON – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 78 58 94 86
Fax : +33 (0)4 78 72 05 74
E-mail : mariemc@orange.fr

CHOPIN Lucie

Résidence Athena - Appartement 215
37, rue Jules Ferry
59370 MONS-EN-BAROEUL – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 20 56 23 14

CHOQUET René-Claude

Cabinet médical
3, plan de la Croix
34820 TEYRAN – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 67 70 72 42
Fax : +33 (0)4 67 70 72 42
E-mail : docteur.rc-choquet@wanadoo.fr

COCHINI Jean-Bernard

Cabinet médical
34, rue du Château
92500 RUEIL-MALMAISON – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 47 08 33 08
E-mail : jbcochini@wanadoo.fr

COCLET Estelle

Avenue Minerve, 41
B-1190 BRUXELLES – BELGIQUE
Tél. : +32 2 344 58 10
Fax : +32 2 346 17 33
E-mail : estelle.coclet@telenet.be

COIQUIL Françoise

Service du Professeur Plante
CHU Rangueil Toulouse
1, avenue du Professeur Jean Poulhes
Batiment H2 - 3e étage
31059 TOULOUSE Cedex 9 – FRANCE

COLLET Akiza Solange

Maternité
CH Pierre Le Damany
10, rue Keranstivell
Rue Kergomar
22300 LANNION – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 96 37 78 30
Fax : +33 (0)2 96 05 72 07
E-mail : scollet-bitho@hotmail.fr

COLLET-BITHO Akiza Solange

Maternité
CH Pierre Le Damany
Rue Kergomar
22300 LANNION – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 96 37 78 30
Fax : +33 (0)2 96 05 72 07
E-mail : scollet-bitho@hotmail.com

COLLIER Francis

Hôpital Jeanne de Flandre
CHRU
59037 LILLE Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 20 44 64 83
Fax : +33 (0)3 20 44 46 66
E-mail : mj-phin@chru-lille.fr

COLON Sophie

Planning Familial
Rue de Rome, 3
B-5070 FOSSES-LA-VILLE – BELGIQUE
Tél. : +32 498 23 47 52
E-mail : socolon_1974@hotmail.com

COLSON Marie-Hélène

Centre médical du Palais
22, cours Pierre Puget
13006 MARSEILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 91 54 08 25
Fax : +33 (0)4 91 54 37 08
E-mail : marie.helene@colson.fr

COQUIART Pascal

Centre Arthur Regniers
Rue du Chêne, 31
B-6530 THUIN – BELGIQUE
Tél. : +32 715 15 973
E-mail : pascal.coquiart@brutele.be

CORDONNIER Valérie

43, avenue du Maine
75014 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 43 20 10 08
E-mail : vcordonnier@espace6psy.com

CORMAN André

Cabinet médical
7, rue Romiguières
31000 TOULOUSE – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 61 21 90 60
Fax : +33 (0)5 61 23 68 41
E-mail : andre.corman@numericable.fr

CORNET Marie-Noëlle

Rue du Centre, 34
B-4800 Verviers – BELGIQUE
Tél. : +32 87 46 14 58
E-mail : cornetmno@hotmail.com

CORNILLEAU Brigitte

17, place du Docteur Bichon
49100 ANGERS – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 41 81 04 04
Fax : +33 (0)2 41 81 00 18
E-mail : brigitte.cornilleau@wanadoo.fr

CORNU Dominique

12, avenue Leclerc
78120 RAMBOUILLET – FRANCE
E-mail : dominique.cornu@wanadoo.fr

COSTA Pierre

Service urologie - andrologie
Groupe Hospitalier Carémau
Place du Professeur Robert Debré
30029 NIMES Cedex 9 – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 66 68 32 30
Fax : +33 (0)4 66 68 37 20
E-mail : pierre.costa@chu-nimes.fr

COTTÉ Martine

52, rue d'Isly
59000 LILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 20 54 67 15
E-mail : martine.cotte@wanadoo.fr

COUDERC Christiane

Association ADIRS
BP 63
59003 LILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)825000010
E-mail : adirs@wanadoo.fr

COUJITOU Marie-Albane

11, rue de l'Aqueduc
75010 PARIS – FRANCE
E-mail : albanecoujitou@hotmail.fr

COUR Florence

Urologie
Hôpital Pitié-Salpêtrière
83, boulevard de l'Hôpital
75013 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 42 17 71 41
Fax : +33 (0)1 42 17 71 58
E-mail : florence.cour@psl.aphp.fr

COUSYN Benoît

Consultations gynécologiques
CHRU Lille
Hôpital Jeanne de Flandre
Avenue Eugène Avinée
59000 LILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 20 44 59 62
E-mail : b-cousyn@chru-lille.fr

COUTANCE Véronique

Maternité
CHRU de Caen
Avenue de la Côte de Nacre
14000 CAEN – FRANCE
E-mail : v.coutance@neuf.fr

COUTOULY Isabelle

Urgences
Hôpital de Sion
Horizon
CH-1925 FINHAUT – SUISSE
Tél. : +41 798 427 047
E-mail : chouchoulye@hotmail.com

COUVERCELLE Caroline

CDAG - CIDDIST
CHU Dijon
1, rue Berthot
21000 DIJON – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 80 63 68 14
E-mail : couvca@hotmail.com

CUDICIO Patrice

76, rue d'Antrain
35700 RENNES – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 99 27 73 27
Fax : +33 (0)2 99 27 07 00
E-mail : tabaco@mac.com

CUNY Thomas

Adulte
CHU Brabois
Allée du Morvan
54511 VANDOEUVRE-LES-NANCY
FRANCE

CURTET Patricia

15, rue des Trois Pierres
69007 LYON – FRANCE
E-mail : patricia.curtet@orange.fr

CUZIN Béatrice

Service d'urologie et de transplantation
Hôpital Edouard Herriot
Pavillon V
Place d'Arsonval
69437 LYON Cedex 3 – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 72 11 05 87
Fax : +33 (0)4 72 11 05 82
E-mail : beatrice.cuzin@chu-lyon.fr

D'ARNAUD Marie-Christine

Bissargues
04110 REILLANNE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 92 76 44 09
E-mail : mcdarnaud@free.fr

D'HALLUIN Pascale

34, rue du Maréchal Foch
62320 ROUVROY – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 21 75 65 74

DA-ROS Edith

23, rue Voinat
25330 NANS SERIS SAINTE-ANNE
FRANCE
E-mail : mulson.edith@orange.fr

DALLAUX Eliana**DE BOISSISSON Philippe**

Clinique Pasteur
8, rue du Clos
91130 RIS ORANGIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 65 25 69 00
E-mail : boississon@club-internet.fr

DE LA HAYE Jacqueline

Centre Mormal - Maison médicale
Chemin de Ghissignies
59530 LE QUESNOY – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 27 20 55 00
E-mail : jacquie.delahaye@orange.fr

DE LA SELLE Marie-France

14, rue Jean-Claude Vivant
69100 VILLEURBANNE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 78 52 40 03
E-mail : mfx.delaselle@orange.fr

**DE LAROCQUE LATOUR
Gonzague**

Cabinet médical
68, boulevard de Sébastopol
75003 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 42 71 65 90
E-mail : gonzaguedelarocque@yahoo.fr

DE MARTINO Joël

27, rue de la Rotonde
13001 MARSEILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 91 95 76 55
Fax : +33 (0)4 91 95 76 55
E-mail : demarpediem@free.fr

DE SUTTER Pascal

PSP / IEFS
Université catholique de Louvain
Place du Cardinal Mercier, 10
B-1348 LOUVAIN-LA-NEUVE – BELGIQUE
Tél. : +32 266 02023
E-mail : pascal.desutter@uclouvain.be

DE TROZ Alexandra

Rue Timmermans, 84/7
B-1190 BRUXELLES – BELGIQUE
Tél. : +32 2 539 49 21
E-mail : detrozalex@yahoo.com

DEBLANGEY-SIN Joelle

41 bis, chemin de la Caverne
97434 ST-GILLESBAINS LA REUNION
FRANCE
Tél. : +33 (0)2 62 24 23 28
Fax : +33 (0)2 62 24 23 28
E-mail : jods7@wanadoo.fr

DEBOIS Christine

74, route des Xhawirs
B-4652 XHENDELESSE – BELGIQUE
Tél. : +32 87 68 19 00
E-mail : chrisdebois@hotmail.com

DECROIX Jean-Claude

71, avenue de Verdun
59300 VALENCIENNES – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 27 41 25 59
Fax : +33 (0)3 27 30 36 56

DEGOUL Pierre-Alain

Palais Rossini
37, rue Rossini
06000 NICE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 93 37 96 21
Fax : +33 (0)4 93 07 69 40
E-mail : emilie.degoul@orange.fr

DEHECQ Philippe

18, rue Parmentier
59941 DUNKERQUE – FRANCE

DEHEM Christine

35, rue de Béthune
59000 LILLE – FRANCE

DEHOUWER Serge

Rue Saint Nicolas, 9
B-1310 LA HULPE – BELGIQUE
Tél. : +32 473 505 669
E-mail : serge.dehouwer@gmail.com

DEL AGUILA Corinne

35, chemin des Granges
42340 VEAUCHE – FRANCE
E-mail : corinne.berthelot1@libertysurf.fr

DELAHAYE Jackie

LILLE – FRANCE

DELCOURT Karine

Planning familial
Rue quai de la Haine, 122
B-7140 MORLANWELZ – BELGIQUE
Tél. : +32 64 45 8869
Fax : +32 64 44 13
E-mail : karin.delcourt@gmail.com

DELECLUSE Françoise

2, boulevard Albert 1er
06600 ANTIBES – FRANCE

DELÉCOLLE Sylvie

Maternité
Riaumont
31, rue d'Assas
62223 ROCLINCOURT – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 21 55 72 12
E-mail : sylviedelecolle@hotmail.com

DELEWARDE Michèle

Rue Ter Plast, 75
B-1020 LAEKEN – BELGIQUE
Tél. : +32 47 58 76 437
E-mail : michele140974@hotmail.com

DELORME Marie-Josée

Les Granols Perrauds
Route de Sarcelles
03000 COULANDON – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 70 46 60 23
E-mail : jdelorme@wanadoo.fr

DELPORTE Brigitte

Route de Lagrave
81150 FLORENTIN – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 63 56 16 62
E-mail : tamara.delporte@free.fr

DELROT Dominique
Boulevard Charles Van Pée, 27
B-1400 NIVELLES – BELGIQUE
Tél. : +32 672 16 257
Fax : +32 672 16 883
E-mail : dominiquedelrot@skynet.be

DEMAERTELAERE Béatrice
Rue de Launet, 11
B-6870 HATRIVAL – BELGIQUE
Tél. : +32 61 65 85 80
Fax : +32 61 23 39 70
E-mail : damien.bourgonjon@gmail.com

DEMEULEMEESTER Eric
31, rue Jean Jaurès
59233 MAING – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 27 24 56 71
Fax : +33 (0)3 27 24 78 90
E-mail : demeulemeester.eric@wanadoo.fr

DEMEULENAERE Sylvie
Avenue Schattens, 29/1
B-1410 WATERLOO – BELGIQUE
Tél. : +32 2 35 45 541
E-mail : demeulenaere_sylvie@yahoo.fr

DEPRADEUX Anne-Marie
79, rue Saint Laurent
77400 LAGNY-SUR-MARNE – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 70 0 75 05
E-mail : amdepradeux@noos.fr

DERAITA Dominique
Cabinet Eveils
20, rue Eugène Scribe
34500 BEZIERS – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 67 49 27 13
E-mail : dododer@gmail.com

DERQUIN Philippe
Le Clos de Cheigné
72510 MANSIGNÉ – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 43 44 89 93
E-mail : philippe.derquin@orange.fr

DES ROSEAUX Michel
9, place du Commerce
75015 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 45 32 50 36
E-mail : micheldesroseaux@gmail.fr

DESBARATS Maryvonne
Centre de consultations sexologiques
10, rue des Arts
31000 TOULOUSE – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 62 31 85 89
E-mail : maryvonne.desbarats@wanadoo.fr

DESBRÉE LE PALLEC Chantal
28, rue des Bouvreuils
91540 MENNECY – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 64 99 73 31
Fax : +33 (0)1 64 99 73 31
E-mail : chantal.le-pallec@wanadoo.fr

DESLEUX Corinne
Centre Hospitalier de Lisieux
Rue Roger Aini
14100 LISIEUX – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 31 61 62 30

DESSY Carl
Donkerstraat, 23
B-1650 BEERSEL – BELGIQUE
Tél. : +32 477 326 003
E-mail : micardin@ulb.ac.be

DESTOMBES Michèle
18, rue Anatole France
59800 LILLE – FRANCE
E-mail : destombes.michele@wanadoo.fr

DESVAUX Pierre
Service urologie
Hôpital Cochin
27, rue du Faubourg Saint-Jacques
75679 PARIS Cedex 14 – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 47 20 82 00
Fax : +33 (0)1 47 23 93 46
E-mail : desvaux@noos.fr

DÉTRÉ Régine
Mairie de Paris
90, rue Montorgueil
75002 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 42 36 28 80
Fax : +33 (0)1 42 36 28 80

DEVAUD Guy
Clinique Santé Marie
42, rue Chabernaud
16340 L'ISLE D'ESPAGNAC – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 45 69 66 22
Fax : +33 (0)5 45 69 66 20
E-mail : guy.devaud@wanadoo.fr

DEVOUGE Serge
Cabinet Médical Montjoly
Centre Bourg
97354 REMIRE-MONTJOLY, GUYANE
FRANCE
Tél. : +33 (0)5 94 31 61 14
E-mail : docbaboune@wanadoo.fr

DEWAELE Aïno
CHRU Lille Hôpital Jeanne de Flandre
2, avenue Oscar Lambret
59000 LILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 20 44 59 62
E-mail : ainodewaele@yahoo.fr

DIAZ Maria
Résidence Ile de Jade A11
174, rue le Tintoret
34000 MONTPELLIER – FRANCE
E-mail : dailymail.marie@gmail.com

DINTRANS Jean-Roger
Cabinet médical
16, rue de la Grange Bâtière
75009 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 42 46 84 65
Fax : +33 (0)1 47 22 12 61
E-mail : jean.ro.din@wanadoo.fr

DOCTA Abel
61 bis, rue Joseph Bouliez
59490 SOMAIN – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 27 93 26 50
Fax : +33 (0)3 27 93 26 51
E-mail : docta.abel@orange.fr

DOUGE Claudie
251, route de Villy
74700 SALLANCHES – FRANCE
E-mail : claudia.douge@wanadoo.fr

DOULIEZ Jérémy
Cadillac
18, rue Sainte Colombe
33000 BORDEAUX – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 56 81 21 97
E-mail : jeremydouliez@hotmail.com

DOYEN Valérie
Planning familial
Le 37
Rue de Séroule, 10
B-4800 VERRIERS – BELGIQUE
Tél. : +32 87 31 62 90
E-mail : valeriedoyen@hotmail.com

DROUPY Stéphane
Service urologie
CHU Hôpital de Bicêtre
78, rue du Général Leclerc
94275 LE KREMLIN BICETRE Cedex
FRANCE
Tél. : +33 (0)1 45 21 36 98
Fax : +33 (0)1 45 21 21 70
E-mail : stephane.droupy@bct.ap-hop-paris.fr

DUBOIS Lishan
Boehringer Ingelheim
12, rue André Huet
51100 REIMS – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 26 50 45 47
Fax : +33 (0)3 26 50 87 43
E-mail : lishan.dubois@boehringer-ingelheim.com

DUBOIS-CHEVALIER Mireille
Cabinet médical
68, boulevard de Sébastopol
75003 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 47 27 57 88
E-mail : cmss.tiresias@wanadoo.fr

DUBREUIL Anne
Centre d'Orthogénie Planning
CHU Bretonneau
2, boulevard Tonnellé
37044 TOURS Cedex – FRANCE

DUBUIS Nicolas
51 C, chemin des Herminères
69340 FRANCHEVILLE – FRANCE
E-mail : dubuis.nicolas@wanadoo.fr

DUC Christian
9 A, allée de la Chardonnière
69270 FONTAINES-SUR-SAONE
FRANCE
Tél. : +33 (0)4 37 40 32 87
E-mail : lepoire-duc@wanadoo.fr

DULAC Elise
14, rue du Moulin des Prés
75013 PARIS – FRANCE
E-mail : dulacelise@yahoo.fr

DUMATS Sandrine
43, rue des Longues Rayes
57160 MOULINS-LES-METZ – FRANCE
E-mail : sdumats57@yahoo.fr

DUMOND Philippe
30, avenue Gallieni
83110 SANARY-SUR-MER – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 94 74 17 07
Fax : +33 (0)4 94 88 03 61
E-mail : philippe.dumond@wanadoo.fr

DUPONT Gabrielle
53, cours Jean Jaurès
38000 GRENOBLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 76 87 62 10

DURA Monique
1, rue de l'Horloge
13440 CABANNES – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 90 95 36 06
Fax : +33 (0)4 90 95 36 06
E-mail : monique.dura@wanadoo.fr

DURAND Danièle
Maison médicale des Chalatres
4, rue de la Mitrie
44000 NANTES – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 40 49 12 86
Fax : +33 (0)2 40 57 12 12
E-mail : ddurand3@wanadoo.fr

DURAY Emilie
Maternité et salle d'accouchements
Clinique Sainte-Elisabeth
Avenue de Fré, 206
B-1180 UCCLE – BELGIQUE
Tél. : +32 473 472 416
E-mail : emilieduray@gmail.com

ELALOUF Elisabeth
Pôle médical "Les Champs Alizés"
16, boulevard des Sports
77700 BAILLY-ROMAINVILLIERS
FRANCE
Tél. : +33 (0)1 60 42 99 71
E-mail : elisabeth_elalouf@hotmail.com

EPINEY Viviane
72, rue Lepic
75018 PARIS – FRANCE
E-mail : vepiney@hotmail.com

ERARD Martine
Vilain Petit Canard
45, rue du Vornier
76620 LE HAVRE – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 35 44 03 87
E-mail : arardmartine@gmail.com

ESPESET Alain
4, rue Jean Jaurès
06400 CANNES – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 93 38 13 13
Fax : +33 (0)4 93 99 90 52
E-mail : a.espeset@wanadoo.fr

ESTIVALS Joëlle
Clinique Mutualiste des Eaux Claires
11, rue Aimé Bery
38000 GRENOBLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 76 70 14 69
E-mail : jestivals@free.fr

ESTURGIE Claude
3, boulevard Franklin Roosevelt
33400 TALENCE – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 56 04 01 16
Fax : +33 (0)5 56 84 93 20
E-mail : claud.e.sturgie.ifs@wanadoo.fr

EVENO Anne-Laure
Néonatalogie
Hôpital Sud
16, boulevard de Bulgarie
35000 RENNES – FRANCE
E-mail : evenoal@yahoo.fr

EVENO Marie-Pierre
27 bis, rue Saint-Yves
56390 GRAND CHAMP – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 97 66 78 11
Fax : +33 (0)2 97 66 46 65
E-mail : marie-pierre.eveno@wanadoo.fr

EVENO-AUZANNEAU Charlotte
CH Broussais
1, rue de la Marne
35400 SAINT-MALO – FRANCE
E-mail : charlotte.eveno35@orange.fr

EYBOULET Gérard
Résidence Le Louvre
4, avenue Rouzaud
63130 ROYAT – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 73 35 82 24
Fax : +33 (0)4 73 35 82 24
E-mail : gerard.eyboulet@wanadoo.fr

FABRE-CLERGUE Chantal
4/6, boulevard Bourre
13008 MARSEILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 91 73 83 83
Fax : +33 (0)4 91 73 83 83
E-mail : chantal.fabreclergue@wanadoo.fr

FAIX Antoine
CESAME
Maison Médicale Euromédecine
Rue du Caducée
34090 MONTPELLIER – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 67 02 92 22
Fax : +33 (0)4 67 02 92 23
E-mail : cesame@netcourrier.com

FARAHMAND Hossein
6, place Jean Giraudoux
94000 CRETEIL – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 41 78 38 65
E-mail : hosfar@gmail.com

FAREZ Salah
85 bis, avenue de Wagram
75017 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 48 88 60 00
Fax : +33 (0)1 48 88 60 19

FARJON Jean-Paul
La Bastide
173, Ancien Chemin de Cassis
13009 MARSEILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 91 75 36 11
E-mail : famille.farjon.chapuis@wanadoo.fr

FAUCHERY Michèle
15, avenue Albert Camus
Appartement 119
77400 LAGNY-SUR-MARNE – FRANCE
E-mail : michele.fauchery@ac-creteil.fr

FAUCON Hugo
Service urologie
Polyclinique
Route de Neuville
62320 BOIS-BERNARD – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 21 79 26 56/61
Fax : +33 (0)3 21 79 03 23
E-mail : hugofaucon@hotmail.com

FAVREAU-LAZARUS Marie-Madeleine
4, rue d'Alsace
67110 GUNDERSHOFFEN – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 88 72 84 83

FAYE Pascale
Centre Consultations d'Orgemont
142, square de Lattre de Tassigny
Bâtiment 5
49000 ANGERS – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 41 22 98 26
Fax : +33 (0)2 41 44 79 90
E-mail : robertfaye@club-internet.fr

FEBVRE Michel
2, rue Maryse Hilsz
92300 LEVALLOIS-PERRET – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 47 37 25 28
Fax : +33 (0)1 47 37 42 55
E-mail : michel-febvre@wanadoo.fr

FEBVRE-ROSSO Claude

2, rue Maryse Hilsz
92300 LEVALLOIS-PERRET – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 42 70 44 90
Fax : +33 (0)1 47 37 42 55
E-mail : claude-febvre@wanadoo.fr

FELICELLI Guy-Paul

250, chemin de la Madrague-Ville
13015 MARSEILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 91 63 64 00
Fax : +33 (0)4 91 63 64 00
E-mail : guypf@free.fr

FERRANT-OTORMIN Nathalie

Service maternité
Hôpital de Dreux
4, avenue Jean-François Kennedy
28100 DREUX – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 80 59 62 71
E-mail : nathalie.otormin@wanadoo.fr

FERROUL Yves

Maison médicale du Sart
339, rue de la Frête
59830 LOUVIL – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 20 79 51 10
Fax : +33 (0)3 20 84 53 88
E-mail : yves.ferroul@orange.fr

FERROUL-DELBARRE Michèle

Maison médicale du Sart
339, rue de la Frête
59830 LOUVIL – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 20 79 51 10
E-mail : yves.ferroul@orange.fr

FEYEREISEN Nathalie

Soins de santé
Mutualité Chrétienne Belgique
Avenue de la Gare, 11
B-6790 AUBANGE – BELGIQUE
Tél. : +32 63 57 28 85
E-mail : cmeyer@tele2allin.be

FILIPIAK Vincent

Résidence Westgreen
Avenue François Godin
62520 LE TOUQUET – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 21 05 85 98
Fax : +33 (0)3 21 05 85 98
E-mail : vincent.filipiak@free.fr

FLANDIN Isabelle

Oncologie
Institut Daniel Hollard
Rue du Docteur Calmette
38000 GRENOBLE – FRANCE
Fax : +33 (0)4 76 70 73 43
E-mail : iflandin@idholland.fr

FLICOURT Nadia

Direction
CIRM - CRIPS
235, avenue de la Recherche
BP 86
59373 LOOS Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 20 15 49 30
Fax : +33 (0)3 20 15 49 01
E-mail : cirm@cirm-crips.org

FONTRIER Joseph

Groupe médical
2, place d'Italie
73000 CHAMBERY – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 79 85 58 54
Fax : +33 (0)4 79 38 51 52
E-mail : joseph.fontrier@wanadoo.fr

FOORT COKELAERE Françoise

5, rue Neuve des Capucins
59380 BERGUES – FRANCE

FORMET Gilles

14, rue d'Amphoux
84000 AVIGNON – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 90 86 07 36
Fax : +33 (0)4 90 85 05 74
E-mail : gilles.formet@wanadoo.fr

FORMET Jocelyne

14, rue d'Amphoux
84000 AVIGNON – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 90 85 81 72
Fax : +33 (0)4 90 85 05 74
E-mail : jocelyne.formet@hotmail.fr

FREMAUX Hélène

Médecine & Prévention
Centre Hospitalier de Lens
99, route de la Bassée
Sac postal 8
62307 LENS – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 21 69 12 34
E-mail : hfremaux@ch-lens.fr

FRULEUX Denis

412, avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny
59350 SAINT-ANDRE – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 20 40 68 64
E-mail : denis.fruleux1@aliceadsl.fr

FUMET Thierry

4, allée des Sources
69290 SAINT-GENIS-LES-OLLIERES
FRANCE
Tél. : +33 (0)4 78 57 81 22
Fax : +33 (0)4 78 57 81 20
E-mail : thierry.fumet@hotmail.fr

GABELLE Blandine

690 RN 90
38190 BERNIN – FRANCE
E-mail : blangab@hotmail.fr

GABENS-DUCOS DE LAHITTE Marie-Pierre

10, rue de la Trinité
31000 TOULOUSE – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 61 43 78 38
E-mail : mpgabens@orange.fr

GAFFURI LEGENT Carole

1, rue Victoria
BP 33
80800 VILLERS BRETONNEUX – FRANCE
Fax : +33 (0)3 22 96 80 50
E-mail : carolegaffurilagent@wanadoo.fr

GALIMARD - MAISONNEUVE Elisabeth

53, rue du 19 janvier
92500 RUEIL-MALMAISON – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 47 22 24 92
E-mail : eligm@free.fr

GALTIER Françoise

Rééducation
Centre Docteur Bouffard-Vercelli
Lieu-dit Cap Peyrefite
66290 CERBERE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 68 88 74 10
Fax : +33 (0)4 68 88 75 88

GAMET Marie-Laure

Conseil Général de la Marne
2 bis, rue de Jessaint
51038 CHALONS-EN-CHAMPAGNE
FRANCE
Tél. : +33 (0)3 26 69 52 17
E-mail : marie-laure.gamet@orange.fr

GANEM Marc

32, avenue Carnot
75017 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 45 72 67 62
Fax : +33 (0)1 44 09 71 69
E-mail : marc.ganem@wanadoo.fr

GARMAN Waddah

Cabinet de Cardiologie
69, avenue Saint-Ouen
75017 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 42 28 49 38
Fax : +33 (0)1 42 28 49 38
E-mail : waddah.garman@wanadoo.fr

GASPARINI Carole

Centre Médico-Chirurgical du Danube
24-26, cours du Danube
77700 SERRIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 64 17 12 00
Fax : +33 (0)1 64 17 12 15
E-mail : carole.gasparini@wanadoo.fr

GASTAUD Olivier

Clinique du Parc Impérial
28, boulevard Tzarewitch
06000 NICE – FRANCE

GAU Marielle

2220, avenue du Père Soulas
34090 MONTPELLIER – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 67 04 05 68
E-mail : mgau@free.fr

GAUBERT Florence

28, rue Louisa Paulin
81990 CAMBON D'ALBI – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 63 53 06 82
E-mail : f.baylet@club-internet.fr

GAUDAIRE Noël

7, rue de Rennes
35650 LE RHEU – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 99 60 71 32
Fax : +33 (0)2 99 60 75 81
E-mail : docteur.noel.gaudaire@wanadoo.fr

GAUDEAU Fanny

13, rue du Giroir
86440 MIGNE-AUXANCES – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 49 51 66 83
E-mail : bernardgaudeau@wanadoo.fr

GAULARD Maria

16, boulevard des Sports
77700 BAILLY-ROMAINVILLIERS
FRANCE
Tél. : +33 (0)1 60 42 99 70
E-mail : maria.gaulard@wanadoo.fr

GAULT Isabelle

L'Agora du Lubéron
83, rue Jacquard
84120 PERTUIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 90 08 83 92
Fax : +33 (0)4 90 08 32 61
E-mail : isa.gault@laposte.net

GAULT-GRESSET Dominique

MPR - Rééducation neurologique
CRF Clémenceau
45, boulevard Clémenceau
67000 STRASBOURG – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 88 21 16 40
Fax : +33 (0)3 88 21 16 43
E-mail : dominique.gault@ugecam-alsace.fr

GEBLEUX Stéphanie

12, boulevard Maillane
13008 MARSEILLE – FRANCE
E-mail : stephanie.gebleux@neuf.fr

GELLMAN Charles

22, avenue de Friedland
Escalier A
75008 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 49 53 05 88
Fax : +33 (0)1 49 53 05 88
E-mail : gestalt@wanadoo.fr

GELLMAN-BARROUX Claire

3, rue Copernic
75116 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 47 27 96 67
Fax : +33 (0)1 47 04 40 57
E-mail : c.gellmanbarroux@free.fr

GELOT Inès

23, rue de la République
54140 JARVILLE LA MALGRANGE Cedex
FRANCE
Tél. : +33 (0)3 83 53 55 37
E-mail : ines-gelot@orange.fr

GENNA Claude

Cabinet de Sexologie
Clinique Nice Etoile
34, avenue Jean Médecin
06000 NICE – FRANCE
E-mail : info@claudegenna.com

GEOFFRAY Christine

Collège C. Franck / LPA Grégoire
5, rue de la Jussienne
75002 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 45 50 26 07
E-mail : chgeoffray@free.fr

GERARD Gilles

35, rue Jean de Cambiaire Carosse
97480 SAINT-JOSEPH, LA REUNION
FRANCE
Tél. : +33 (0)2 62 56 81 20
Fax : +33 (0)2 62 56 92 71
E-mail : gilles.gerard@cg974.fr

GÉRARDIN-TORAN Madeleine

14, rue Régale
30000 NIMES – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 66 67 97 55
E-mail : gerardin.madeleine@orange.fr

GERAUD Marc

Service urologie
Polyclinique Saint-Côme
60-72, rue Carnot
BP 409
60204 COMPIEGNE Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 44 92 43 43
Fax : +33 (0)3 44 92 44 75

GERBER Florence

20 bis, boulevard de Launay
44100 NANTES – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 40 69 22 84
Fax : +33 (0)2 40 69 74 42
E-mail : gerber.florence@wanadoo.fr

GHAMRAWI Rabih Jawdat

CH Chauny
94, rue des Anciens Combattants d'AFN
02303 CHAUNY Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 23 38 53 28
E-mail : rabih.ghamrawi@ch-chauny.fr

GIAMI Alain

INSERM - U822
82, rue du Général Leclerc
94276 LE KREMLIN-BICETRE Cedex
FRANCE
Tél. : +33 (0)1 45 21 22 89
Fax : +33 (0)1 45 21 20 75
E-mail : alain.giami@inserm.fr

GILSON Henri

Rue Florikosse, 4
B-4802 HEUSY-VERVIERS – BELGIQUE
Tél. : +32 872 228 450
E-mail : henri.gilson@hotmail.fr

GINDT Myriam

RHMS à Ath, Baudour, Tournai
27, avenue du Roi Albert
B-5300 ANDENNE – BELGIQUE
Tél. : +32 852 124 60
E-mail : gindt.m@yucum.be

GIORDANELLA Claude

8, rue Maréchal de Lattre de Tassigny
91450 SOISY-SUR-SEINE – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 60 75 98 27
Fax : +33 (0)1 60 75 20 55
E-mail : claud.giordanella@gmail.com

GIRARD Marc

Centre médical Maine de Biran
1, avenue Marc Chagall
52000 CHAUMONT – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 25 02 49 74
E-mail : girard.recey@orange.fr

GIRARDOT Anne-Marie

37, place de la Barre
59300 VALENCIENNES – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 27 41 25 82
Fax : +33 (0)3 27 26 96 23
E-mail : annemarie.sf@hotmail.fr

GIRAUD Barbara

51, avenue Henri Ginoux
92120 MONTROUGE – FRANCE
E-mail : barbaragiraud@free.fr

GIRON Isabelle

Gynécologie Obstétrique
Centre Hospitalier La Rochelle
Rue du Docteur Schweitzer
17000 LA ROCHELLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 46 45 52 24

GIRON Tessa

PMI Cayenne
Villa 18 - Résidence Emeraude
505, chemin de la Source de Baduel
97300 CAYENNE, GUYANE FRANCAISE
FRANCE
E-mail : tessa.giron@laposte.net

GIROUX Louis

805 B, avenue du Maréchal Leclerc
34070 MONTPELLIER – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 67 65 11 53
Fax : +33 (0)4 67 99 54 04
E-mail : giroxlouis@aol.com

GIUDICELLI Louis-Luc

Cabinet médical
22, lieu-dit Les Coustals
24150 VARENNES – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 53 24 91 01
Fax : +33 (0)5 53 24 11 55

GIULIANI Patricia
48, rue Saint-Aubert
62000 ARRAS – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 21 59 68 17
E-mail : p.giuliani@free.fr

GIULIANO François-Alexandre
Médecine physique et réadaptation
Hôpital Raymond Poincaré
104, boulevard Raymond Poincaré
92380 GARCHES – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 47 10 79 00
Fax : +33 (0)1 47 10 78 23
E-mail : giuliano@cyber-sante.org

GLOUX Linda
10, impasse Saint-Primer
29000 QUIMPER – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 98 95 23 23
E-mail : cabipsy@yahoo.fr

GODARD Aurélie
Unité d'addicthologie
Centre Hospitalier d'Alès
811, avenue du Docteur Jean Goubert
30103 ALES – FRANCE
E-mail : wab6@hotmail.com

GODART Anne
Service de Gynécologie
Clinique Sainte-Elisabeth
Place Wiertz, 8
B-5000 NAMUR – BELGIQUE
Tél. : +32 817 437 27
Fax : +32 817 437 29
E-mail : annegodart@hotmail.com

GOFFIN Philippe
Gynécologie
Clinique Sainte-Elisabeth
Place Wiertz, 8
B-5000 NAMUR – BELGIQUE
Tél. : +32 817 43 727
E-mail : phg.dr@hotmail.com

GOLDRAT Ornite
Square Machtens, 20
Boîte 20
B-1080 BRUXELLES – BELGIQUE
Tél. : +32 2 411 73 15
E-mail : ornitg2002@yahoo.fr

GORIN-LAZARE Audrey
Service du Professeur Lançon
CHU Sainte-Marguerite
Bâtiment Solaris
270, boulevard Sainte-Marguerite
13274 MARSEILLE Cedex 9 – FRANCE
E-mail : audreygorin@yahoo.fr

GOSCHIN Alice
27, avenue Julien
63000 CLERMONT-FERRAND – FRANCE
E-mail : alicegoschin@yahoo.fr

GOUTEUX Nicole
34, avenue René Cassagne
33150 CENON – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 56 40 25 89
Fax : +33 (0)5 56 40 25 89
E-mail : nicole.gouteux@orange.fr

GOZIM Nordine
Cité Cemeftal- Bâtiment D
AL-16000 REGHAIA, ALGER – ALGERIE
Tél. : +21 320 445 502
E-mail : nogozim@yahoo.fr

GRAFEILLE Nadine
Service du Professeur Hocké
Hôpital Saint-André
1, rue Jean Burguet
33075 BORDEAUX Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 56 79 58 35
Fax : +33 (0)5 56 79 48 55
E-mail : jmg.grafeille@free.fr

GRATTON Gilles
Rue Saint Laurent, 4
CH-1207 GENEVE – SUISSE
Tél. : +41 22 73 68 794
Fax : +41 22 786 33 93
E-mail : ggratton@mac.com

GRÉGOIRE Jean-Baptiste
Rue Champ Rodange, 87
B-1410 WATERLOO – BELGIQUE
Tél. : +32 476 508 136
E-mail : jbgregoire@perso.be

GRÉGORY Françoise
26 G 04
CHU Le Valmont
Domaine des Rebatières
26760 MONTELEGER – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 75 43 60 60
E-mail : francoise.gregory@chu-levalmont.fr

GROS LAFARGE Hélène
24, Parc de la Fontaine
33370 SALLEBOEUF – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 56 21 25 68
E-mail : h.groslafarge@free.fr

GROSS Sylvie
Mas de Lacroix
66470 SAINTE-MARIE-LA-MER – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 68 73 15 66
E-mail : sylviegross@free.fr

GRYSON Suzanne Sophie
Avenue des Combattants, 183
B-1428 LILLOIS – BELGIQUE
Tél. : +32 10 61 62 31
E-mail : sophiesuzanne.g@gmail.com

GUEDJ-SAAL Michèle
Centre médical Denver
23-25, avenue Jean-Jacques Rousseau
93190 LIVRY GARGAN – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 43 83 32 98
E-mail : micheleguedj@wanadoo.fr

GUÉGUEN-PROCHASSON Catherine
10, avenue Ambroise Paré
28000 CHARTRES – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 37 30 78 69
E-mail : c.gueguen.gyn@orange.fr

GUFFROY Sabine
85, rue de Saint-André
59000 LILLE – FRANCE
E-mail : sabineguffroy@hotmail.com

GUICHARD Michel
Cabinet médical
4, quai du Pont-Neuf
37000 TOURS – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 47 39 61 16
Fax : +33 (0)2 47 38 23 27
E-mail : contact@aca-sexologie.fr

GUILBAUD Joëlle
Gynécologie - Planification Familiale
Centre Municipal de Santé
6, rue du Cygne
93200 SAINT-DENIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 55 87 05 93
Fax : +33 (0)1 55 87 05 99
E-mail : jo.guilbaud@wanadoo.fr

GUILLEMIN-MACHU Françoise
9, rue Saint-Michel
67000 STRASBOURG – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 88 32 75 34
E-mail : francoise.machu@evc.net

GUILLET Frédérique
Maternité Régionale Universitaire
Rue Heydenreich
CS 74213
54042 NANCY – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 83 34 36 90
Fax : +33 (0)3 83 34 36 32
E-mail : f.guillet-may@maternite.chu-nancy.fr

GUIOT Jean-Marie
Rue de Jambes, 345
B-5100 DAVE, NAMUR – BELGIQUE
Tél. : +32 81 30 69 11
E-mail : jeanmarie.guiot@gmail.com

GUY Catherine
Centre de planification et d'éducation
CH Yves Touraine
Le Thomassin
BP 8
38480 PONT-DE-BEAUVOISIN – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 76 32 64 72
Fax : +33 (0)4 76 32 64 93
E-mail : h.roullet@chpb.fr

GUYAUX Valérie
7, chemin Piette
59740 LIESSIES – FRANCE
E-mail : guyauxvalerie@yahoo.fr

GUYOT Jean-Marie

Cabinet médical
17, rue de la Ferme du Paradis
78250 MEULAN – FRANCE

HABOLD Daniel

Service SAMU - Centre 15 du Dr Bechet
Centre Hospitalier
7, square de Massalaz
BP 1125
73011 CHAMBERY Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 79 68 63 22
Fax : +33 (0)4 76 67 37 35
E-mail : daniel.habold@ch-chambery.fr

HAENTJENS Karine

39, avenue Charles Saint-Venant
59800 LILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 20 13 09 13
E-mail : kh@tesla.fr

HAENTJENS VERBEKE Karine

39, avenue Charles Saint-Venant
59800 LILLE – FRANCE

HAGH DEL Mohammad

Cabinet médical
32, rue Bargh
71336-57555 SHIRAZ – IRAN
Tél. : +987 112 359 297
Fax : +987 112 359 297
E-mail : clinicien@gmail.com

HALLET Jean-François

24 CD 29 Ravine des Cafres
97410 ST PIERRE DE LA REUNION
FRANCE
Tél. : +33 (0)2 62 31 17 55
Fax : +33 (0)2 62 31 18 87
E-mail : jeanfrancois.hallet@orange.fr

HAMEURY Fabrice

9, allée des Effes
94260 FRESNES – FRANCE
E-mail : f.hameury@alicedsl.fr

HASHEMI Zohreh

Biezeput, 2
B-1501 BUIZINGEN – BELGIQUE
Tél. : +32 486 92 45 01
E-mail : zohrehh@hotmail.com

HAZÉ Nathalie

Secteur 1
Hôpital Psychiatrique Marius Lacroix
85 bis, avenue de Wagram
75017 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 48 88 60 00
E-mail : ifouledeau@oip-bv.com

HÉDON Frédérique

76, avenue Raymond Poincaré
75116 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 45 53 85 17
Fax : +33 (0)1 45 53 11 92
E-mail : fhedon@hotmail.com

HELSENS Claudie

100, quai des Chevillards
Bâtiment B
59000 LILLE – FRANCE
E-mail : claudie.helsens@wanadoo.fr

HENRIC Bernard

8, square Saint-Jean
62000 ARRAS – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 21 71 64 12
Fax : +33 (0)3 21 71 41 56
E-mail : b.henric@wanadoo.fr

HÉRAIL Joëlle

Cabinet médical
157, boulevard Davout
75020 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 40 30 16 63
Fax : +33 (0)1 40 30 16 63
E-mail : dr.herail@aliceadsl.fr

HERCORT Laura

14, rue Lacrételle
75015 PARIS – FRANCE
E-mail : laura.hercort@laposte.net

HEUCLIN-HIAULT Catherine

66/1, rue Raymond Derain
59700 MARCQ-EN-BAROEUL – FRANCE

HIGY-LANG Chantal

76, avenue de Wagram
75017 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 46 22 92 22
E-mail : higylang@aol.com

HIMBERT Bernard

37, cours Saint André
38800 PONT-DE-CLAIX – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 76 98 06 42
Fax : +33 (0)4 76 98 51 48
E-mail : bernardhimbert2005@yahoo.fr

HIRCH Esther

Service d'urologie
Centre médical de sexologie clinique
14, rue de la Jonction
B-1020 BRUXELLES – BELGIQUE
Tél. : +32 2 344 37 59
Fax : +32 2 344 36 50

HOCHET Cécile

Centre médical
15, rue Auguste Gervais
92130 ISSY-LES-MOULINEAUX – FRANCE
E-mail : c.hochet@orange.fr

HOMMET-LEGOUX Béatrice

CAT Pleyel
6, rue Robert Desnos
93200 SAINT-DENIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 49 40 09 19
Fax : +33 (0)1 49 40 18 51
E-mail : cat-pleyel@wanadoo.fr

HOUSSA Maud

Clos des Campinaires, 11
B-4900 SPA – BELGIQUE
Tél. : +32 496 74 62 28
E-mail : maudhoussa@hotmail.com

HUBIN Alexandra

Université Catholique de Louvain
Place Cardinal Mercier, 10
B-1348 LOUVAIN-LA-NEUVE – BELGIQUE
Tél. : +32 26 60 21 00
E-mail : alexandra.hubin@uclouvain.be

HUC Franck

2, rue Albert Girou
69170 TARARE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 74 05 07 04

HUCK Valérie

Maternité
Beaumont l'Oise
97, quai de Seine
95530 LA FRETTE-SUR-SEINE – FRANCE
E-mail : valerie.huck@neuf.fr

HULTER Anne

Service de rééducation cardiaque
CHG de Wissembourg
24, route de Weiler
67160 WISSEBOURG – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 88 54 11 83
E-mail : anne.hulter@aliceadsl.fr

HUREL-GILLIER Catherine

Cabinet médical
2 bis, avenue du Canada
14000 CAEN – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 31 85 77 84
Fax : +33 (0)2 31 50 27 97
E-mail : catherine@hotmail.com

HUSSON-AUDINET Corinne

21, avenue Jeanne d'Arc
92160 ANTONY – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 46 89 28 66
Fax : +33 (0)1 46 89 28 66
E-mail : corinne.audinet@club.fr

INIZAN-PERDRIX Paule

26, rue Vendôme
69006 LYON – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 78 93 93 06
Fax : +33 (0)4 78 93 93 06
E-mail : pauleinizanperdrix@wanadoo.fr

JABLON-DREYFUS Françoise

11, rue Frédéric Magisson
75015 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 40 60 90 89
E-mail : francoise.jablon@wanadoo.fr

JACQUES Fabienne

Ecole sages-femmes
CHU Amiens
31, rue Vatable
80090 AMIENS – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 60 10 22 42
E-mail : jacques.fabienne@chu-amiens.fr

JAMI-CECCOMORI Prisca

276, boulevard Raspail
75014 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 43 35 01 74
E-mail : priscajami@msn.com

JANNIN Christine

Les Chênes Verts
Quartier Grand Verger
13840 ROGNES – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 42 50 12 93
E-mail : christine.jannin@wanadoo.fr

JAOUHAR Hadi

Hôpital Bichat
46, rue Henri Huchard
75877 PARIS Cedex 18 – FRANCE

JARNOUX Michel

11, rue Louis Gain
49100 ANGERS – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 41 87 88 41
Fax : +33 (0)2 41 25 21 83
E-mail : michel.jarnoux@wanadoo.fr

JARRE Serge

20, chemin du Ruisseau
97421 RIVIERE ST LOUIS, REUNION
FRANCE
Tél. : +33 (0)2 62 31 82 18
Fax : +33 (0)2 62 31 83 20
E-mail : serge.jarre@orange.fr

JARROIR Marine

2, rue des Ecoles
92330 SCEAUX – FRANCE
Tél. : +33 (0)9 50 10 25 23
E-mail : marine.jarroir@hotmail.fr

JASPERS Anne

15, rue Lorilleux
92800 PUTEAUX – FRANCE
E-mail : anne.jaspers@gmail.com

JAUBERTHOU Maryse

Consultations d'urologie
Hôpital de Brive
3, boulevard du Docteur Verlhac
19100 BRIVE – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 55 92 60 00
E-mail : maryse.jaubertou@wanadoo.fr

JAVAUX Pascale

63, cours Balguerie Stuttenberg
33300 BORDEAUX – FRANCE

JAWHARI Dany

Sexologie médicale - Andrologie
Point Médical
Rond-Point de la Nation
21000 DIJON – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 80 72 40 27
E-mail : dany.jawhari@wanadoo.fr

JERABEK Sylvain

ADES du Rhône
71, quai Jules Courmont
69002 LYON – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 72 41 66 01
Fax : +33 (0)4 72 41 66 02
E-mail : info@adesr.asso.fr

JOCHIMEK CHOLAL Francine

1 bis, rue du Havre
75006 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 46 22 47 90
Fax : +33 (0)1 44 70 06 01
E-mail : francinejochimek@hotmail.fr

JOUET Christine

38, boulevard Gustave Richard
49300 CHOLET – FRANCE
Fax : +33 (0)2 41 58 20 30
E-mail : ch.jouet@wanadoo.fr

JOURDHEUIL Patricia

Conseil Général de la Côte d'Or
53 bis, rue de la Préfecture
21000 DIJON – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 80 59 89 55

JOVER Isabelle

24, rue Gustave Charpentier
31100 TOULOUSE – FRANCE
Tél. : +33 (0)9 51 46 26 32
E-mail : i.jover@free.fr

JUNGERS Françoise

CIRM - CRIPS
235, avenue de la Recherche
BP 86
59373 LOOS Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 20 15 49 30
Fax : +33 (0)3 20 15 49 31
E-mail : cirm@cirm-crips.org

KARAOUNI Alain

Cabinet médical
2, cours de la Liberté
BP 17
34725 SAINT-ANDRE-DE-SANGONIS
FRANCE
Tél. : +33 (0)4 67 57 85 51
Fax : +33 (0)4 67 57 89 75
E-mail : akaraouni@wanadoo.fr

KAROUBI Jacques

Cabinet d'urologie
16, rue George Sand
94210 LA VARENNE SAINT HILAIRE
FRANCE
Tél. : +33 (0)1 42 83 16 85
E-mail : karoubi@club-internet.fr

KASSAN Kpédou

Secteur G3
USS Champfleuri
Rue du Bois Gentil
74600 SEYNOD Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 50 33 36 89
Fax : +33 (0)4 50 33 36 27
E-mail : pedou.k@tiscali.fr

KEIFLIN Sandrine

13, rue du Général Delestraint
75016 PARIS – FRANCE
E-mail : s.keiflin@orange.fr

KEMPENEERS Philippe

Psychologie clinique
Université de Liège
Boulevard du Rectorat, B 33
B-4000 LIEGE – BELGIQUE
Tél. : +32 87 59 32 32
E-mail : p.kempeneers@tele2allin.be

KÉPÉNÉKIAN Christine

Cabinet médical
43, rue Auguste Comte
69002 LYON – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 78 38 08 58
Fax : +33 (0)4 78 38 08 58
E-mail : christine.kepenekian@free.fr

KHADAM Louay

Hôpital Sud Francilie
Quartier du Canal
91014 EVRY – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 60 87 52 51
Fax : +33 (0)1 60 87 52 49
E-mail : dr_khadam@hotmail.com

KLEIN Sylvette

5, rue Fermat
31000 TOULOUSE – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 61 25 27 59
Fax : +33 (0)5 61 25 27 59
E-mail : sylvetteklein@hotmail.com

KNIPPING Catherine

4, quai Moncoussu
44093 NANTES Cedex 1 – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 40 25 59 90
E-mail : catherine.knipping@wanadoo.fr

L'HEUREUX-LEVECQ Valérie

Sexo clinique
Université Catholique de Louvain
184, rue de Grenelle
75007 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 70 23 75 65
E-mail : valerielheureuxlevecq@hotmail.com

LABEY-BASTION Michèle

47, rue de la Bourbre
38230 TIGNIEU-JAMEYZIEU – FRANCE
E-mail : michele.labey@laposte.net

LACOMBE Françoise

10, chemin des Moulières
13250 SAINT-CHAMAS – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 90 53 84
E-mail : llacombe.francoise@wanadoo.fr

LACROIX Pascal

Centre d'urologie
164, avenue Charles de Gaulle
2e étage
92200 NEUILLY-SUR-SEINE – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 47 47 02 02
Fax : +33 (0)1 47 47 47 34

LAGRANGE Nicole
7, Clos Lebreton
01500 AMBERIEU EN BUGEY – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 74 38 43 29
E-mail : nelagrang@orange.fr

LALANNE Clothilde
10, rue Poinso
75014 PARIS – FRANCE

LAMIRAND-SCHUELLER Françoise
302, rue Garibaldi
69007 LYON – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 78 62 77 21
E-mail : francoise.lamirand@wanadoo.fr

LAMPECCO Elia
Médicale de Mont
69, rue Chawia
B-5500 DINANT – BELGIQUE
Tél. : +32 04 76 75 06 41
E-mail : elia.lampecco@gmail.com

LAMY Brigitte
594, rue Charles Feige
74120 MEGEVE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 50 58 74 74
E-mail : brigitte.lamy@wanadoo.fr

LANÇON Christophe
CHU Sainte-Marguerite
Pavillon Solaris
270, boulevard de Sainte-Marguerite
13274 MARSEILLE Cedex 9 – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 91 74 46 01
Fax : +33 (0)4 91 74 62 16
E-mail : clanc@ap-hm.fr

LANDRÉ Céline
5, impasse de la Placette
30840 MEYNES – FRANCE
E-mail : celinelandre@orange.fr

LARAVINE Gwladys
Centre Hospitalier Gabriel Martin
38, rue Labourdonnais
BP 160
97863 SAINT-PAUL, LA REUNION Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 62 24 36 63
E-mail : gwladys.laravine@ch-gmartin.fr

LAROCHE Céline
Résidence Agathe- Appartement 114
170, allée de Liège
59777 EURALILLE – FRANCE
E-mail : celine.laroch902@dbmail.com

LARRÉ-DOUILLARD Catherine
203, avenue Charles de Gaulle
92200 NEUILLY-SUR-SEINE – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 47 45 01 45
Fax : +33 (0)1 46 37 29 41
E-mail : cath.larre-douillard@wanadoo.fr

LASSAGNE Marie-Line
5, rue Jean du Tillet
16000 ANGOULEME – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 45 93 27 99
E-mail : mllassagne@aol.com

LASSELIN Nicole
10, rue de Coulmiers
59000 LILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 20 53 47 10
E-mail : lasselin.nicole@cegetel.net

LASSERRE Christine
Association Couples et Familles
155, rue du Molinel
59000 LILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 20 54 01 33
Fax : +33 (0)3 20 54 17 00
E-mail : acf@freesurf.fr

LASSEYE Valérie
155, chaussée Royale
97460 SAINT-PAUL, LA REUNION
FRANCE

LATOUCHE Xavier
76, avenue de Wagram
75017 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 46 22 92 22
E-mail : xavier@dr-latouche.com

LAURENDEAU-PETIT Marie
64, avenue Jean XXII
49000 ANGERS – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 41 66 57 65
Fax : +33 (0)2 41 44 34 94
E-mail : marie.laurendeau-petit@wanadoo.fr

LE BLANC Eve
48, rue Kouare
Les Ilots du Sud
98809 MONT DORE, NVLE-CALEDONIE
FRANCE
Tél. : +687 34 45 58
Fax : +687 35 45 58
E-mail : leblanc.eve@gmail.com

LE COENT Annie

LE COUTOUR Brigitte
Pôle objectif de santé
Centre Hospitalier du Val d'Ariège
BP 01
09017 FOIX Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 61 03 30 58
Fax : +33 (0)5 61 03 32 90

LE GENTIL Marie
Action sociale
CAF Haute-Garonne
24, rue Riquet
31046 TOULOUSE Cedex 09 – FRANCE
E-mail : marie-josee.le-gen-til@caftoulouse.cnafmail.fr

LE GENTIL Michel
9, rue Alexis Puyo
33160 SAINT-MEDARD-EN-JALLES
FRANCE
Tél. : +33 (0)5 56 95 74 62
E-mail : dr.legentil@wanadoo.fr

LE GOFF Françoise
35, place Louise de Bettignies
59800 LILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 20 06 22 08
E-mail : fse-legoff@wanadoo.fr

LE HOUARNO Nathalie
Clinique Mutualiste de la Porte de l'Orient
3, rue Robert de la Croix
56234 LORIENT – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 97 33 50 40
E-mail : le.houarno@wanadoo.fr

LEBOULLENGER Catherine
24, route de Carrières-sur-Seine
78400 CHATOU – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 30 53 32 50
E-mail : cathleboullenger@aol.com

LEBREUILLY Sonia
7, rue Jacques Brel
91470 LIMOURS – FRANCE
E-mail : jnourf@hotmail.com

LECAILLE Philippe
3, place François Arago
66000 PERPIGNAN – FRANCE

LECLERCQ Alain
566, rue du Maréchal Leclerc
59552 LAMBRES-LEZ-DOUAI – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 27 88 77 07

LECLERCQ Grégory
Rue du Brillant, 86
Boîte 69
B-1170 BRUXELLES – BELGIQUE
Tél. : +32 47 34 28 041
E-mail : gregoryleclercq@scarlet.be

LECOMTE Sophie
2, rue Crotteux
B-4257 BERLOZ – BELGIQUE
Tél. : +32 477 77 10 71
E-mail : solecomte@hotmail.com

LECOURT Godeleine
Centre Calvé
72, esplanade Parmentier
62608 BERCK-SUR-MER – FRANCE

LEFEVRE Jacqueline
16, rue du Calvaire
76290 FONTAINE-LA-MALLET – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 35 55 57 23

LEGRAND Colombine
Rue des Combattants, 58
B-1450 BLANMONT – BELGIQUE
Tél. : +32 0486 86 00 18
E-mail : legrand.colombine@hotmail.com